96

XX 14 f 16

Back corridor 5E

Digitized by the Internet Archive
in 2021 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s7313id1398208

L'ANNÉE MÉDICALE.

ANNUAIRE GÉNÉRAL

DES

SCIENCES MÉDICALES

MM. les auteurs sont instamment priés d'envoyer un exemplaire de leurs œuvres, pour que l'analyse puisse en être faite.

Paris. — Typographie Hennuyer et fils, rue du Boulevard, 7.

L'ANNÉE MÉDICALE

ANNUAIRE GÉNÉRAL

DES

SCIENCES MÉDICALES

PAR

M. LE Dr CAVASSE

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS, MÉDECIN ADJOINT DE MAZAS,
LAURÉAT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE
ET DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE,

ROYAL

QUATRIÈME ANNÉE

1860

PARIS

A. DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23.

Rédaction : 10, boulevard de Strasbourg.

LONDRES

WILLIAM AND NORGATE, 14, HENRIETTA-STREET, COVENT-GARDEN.

1863

ANNUAIRE GÉNÉRAL

DES

SCIENCES MÉDICALES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Mémoire sur la constitution et le développement des gouttières dans lesquelles passent les dents des mammifères, par M. Ch. Robin. (Académie des sciences, 13 février.)

L'apparition des follicules dentaires chez l'homme a lieu du cinquante-cinquième au soixantième jour après la conception pour la mâchoire inférieure, et du soixantième au soixante-cinquième pour la mâchoire supérieure. En outre, il est constant que les follicules ne naissent pas, comme l'ont cru quelques auteurs, avant les parties constituantes des maxillaires; leur naissance représente, au contraire, le phénomène ultime de l'organisation primitive de la mâchoire, et ce n'est que lorsque l'ossification des maxillaires est notablement avancée que les follicules apparaissent. — Les follicules dentaires naissent vers le milieu de la profondeur d'une gouttière osseuse, au sein du tissu sous-muqueux gingival, mou et gélatiniforme, qui la remplit, de même que les follicules pileux cutanés et les glandes sous-muqueuses naissent dans les tissus cellulaire sous-cutané et sous-muqueux. En fait, c'est dans ce qu'on nomme le canal dentaire inférieur lui-même, d'une part, et le canal sous-orbitaire, d'autre part, mais alors sous forme de gouttières, que naissent les follicules placés à leur niveau, car ce n'est que par suite du développement de l'os maxillaire que la gouttière se trouve divisée en canal dentaire et alvéoles, isolée et fermée transversalement au fond, de manière à constituer un conduit dont s'éloigne de plus en plus la couronne des dents et les alvéoles. — Le tissu sous-muqueux contenu dans la gouttière

diminue graduellement de quantité pendant que les follicules se développent; lorsque les racines des dents apparaissent, leur couronne s'éloigne peu à peu du fond de la gouttière; en même temps les cloisons osseuses provenant de l'épaississement de la face interne des parois de cette dernière se forment entre les dents et leurs racines. De là une diminution graduelle de la quantité du tissu sous-muqueux qui s'atrophie devant cet envahissement osseux et l'accroissement des follicules. Il en reste toutefois une portion qui se soude avec la paroi de ces derniers pour former le périoste alvéolo-dentaire, car la gouttière n'a pas de périoste spécial autre que ce tissu sous-muqueux, et le canal dentaire, une fois séparé des alvéoles, ne contient que les vaisseaux et les nerfs, sans être tapissé d'un périoste propre. — Ainsi M. Robin, après être entré dans des détails précis sur le développement des gouttières dentaires, établit que, chez tous les animaux, il y a un canal dentaire supérieur, qui est l'analogue du canal dentaire inférieur, tant par ses usages que par son mode d'évolution. Seulement sa situation au-dessous de l'œil et loin des dents, chez l'homme et chez les singes, a fait rapporter sa description et ses dénominations à celles de l'orbite, tandis que, comme la gouttière dentaire dont il provient, ses caractères sont subordonnés au mode de distribution et d'évolution des dents.

Genèse et morphologie du follicule dentaire, par M. Magitot. (Académie des sciences, 27 février.)

D'après les recherches de l'auteur, le développement du follicule commence par la naissance du bulbe dans le tissu sous-muqueux gingival, tissu qui offre la constitution ordinaire du tissu sous-muqueux en général, et qui se trouve contenu dans le fond de la gouttière dentaire, déjà formé vers le cinquantième jour après la conception. Le bulbe se montre d'abord sous l'aspect d'un point opaque, formé de noyaux embryo-plastiques, et entouré d'un système spécial de vascularisation. La petite masse de noyaux embryo-plastiques prend une forme conique; puis on voit se développer autour d'elle une bande fibreuse qui, partie de sa base, se dirige au-dessus de son sommet, où elle se réunit à elle-même pour former le sac complet, clos de toutes parts, qui constitue la paroi du follicule. Enfin, en troisième lieu, entre la surface de la partie saillante du bulbe et la face profonde de la paroi, après l'achèvement de celle-ci, on voit se produire l'organe de l'émail. — La portion de la face profonde de la paroi folliculaire qui n'est pas en continuité de tissu avec le bulbe dentaire est tapissée, dans le reste de son étendue, par une couche épithéliale dont les cellules, très-petites, contiennent un noyau arrondi. — Le bulbe dentaire, primitivement conique pour

les dents uni-tuberculeuses, est large, à sommet arrondi, mousse et comme surbaissé, pour les molaires. — Pour toutes les dents, il acquiert, par suite de son développement, la forme assez exacte de la couronne de la dent correspondante ; ainsi il se dispose en coin pour les incisives, il reste conique ou plutôt pyramidal pour les canines et pour les molaires, et pour les molaires il se surmonte de plusieurs saillies en nombre égal aux tubercules de la couronne.—L'organe de l'émail, interposé entre la paroi et la surface libre du bulbe, est constitué par une lame assez mince, d'aspect gélatiniforme, se moulant en même temps sur la face interne de la paroi tapissée d'épithélium et la surface mamelonnée du bulbe. — Cet organe n'est en continuité de tissu ni avec la paroi ni avec le bulbe. Il est entièrement dépourvu de vaisseaux et de nerfs ; il ne se compose que d'une masse de corps fibro-plastiques étoilés, à prolongements anastomotiques, et inclus au sein d'une matière amorphe et très-transparente. La face profonde présente de bonne heure la rangée continue des cellules de l'émail. — L'organe du cément, chez l'homme, n'existe pas dans la période folliculaire, et ne se développe qu'au moment où naissent les racines. Chez les ruminants et les pachydermes, il forme dans le follicule même, et immédiatement au-dessous de la paroi, un mince fibro-cartilage, mou, vasculaire, qui s'ossifie comme les autres cartilages.

Ces remarquables mémoires ont paru *in extenso* dans le Journal de physiologie, p. 1, et dans la Gazette médicale, p. 341 et 354, et dans le même journal, p. 179, compte rendu de la Société de biologie.

Note sur le cartilage de Meckel, par MM. Robin et Magitot.
(Société de biologie, janvier.)

Ce cartilage, que l'on peut disséquer depuis le quinzième ou vingtième jour de la vie embryonnaire, jusqu'au sixième ou septième mois de la grossesse, s'étend de l'oreille moyenne, dans laquelle il adhère au marteau, jusqu'à la symphyse maxillaire inférieure, qu'il concourt à former au moment où il s'atrophie. Sa forme générale est à peu près celle de la mâchoire inférieure d'adulte; il ne s'ossifie pas et il ne fournit aucun point d'ossification au maxillaire.

Absence de dents chez un enfant âgé de seize mois, par M. Giraldès.
(Société de biologie, janvier.)

Chez cet enfant, il y avait un état rachitique des os de la face ; ce n'est pas le seul exemple de ce genre observé par M. Giraldès, qui, par contre, a vu un enfant venu au monde avec deux dents incisives inférieures ; c'est donc à tort qu'on a dit qu'il n'y avait

pas de fait avéré de dentition congénitale. (V. l'*Annuaire*, t. III, p. 2.)

Eruption dentaire chez une personne de quatre-vingt-cinq ans, par M. Carre. (Société de biologie, juillet.)

Dame de quatre-vingt-cinq ans, édentée. Dans l'espace d'un an et demi, apparition successive de quatre dents : la canine supérieure gauche, la deuxième incisive supérieure gauche, la première petite molaire inférieure droite, la première petite molaire supérieure droite. — On trouve dans cet article plusieurs indications d'évolution dentaire précoce ou tardive.

Etudes sur quelques points de l'appareil digestif, par M. Robin. (Lyon, in-8, 95 pages.)

Recherches sur la digestion des substances albuminoïdes, par M. Meissner. (Geitschrift fur rationelle medizin; Gaz. méd., p. 733.)

En ce qui concerne le suc gastrique, l'auteur a constaté que la pepsine seule, pas plus que l'acide chlorhydrique, n'exerçait une action durable sur les matières albuminoïdes, mais qu'une plus grande quantité de pepsine hâtait le travail digestif. Il adopte la peptone (Lehmann) et il croit qu'il existe de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique.—Quant au suc pancréatique, M. Meissner a suivi la méthode de M. Corvisart, et il est arrivé aux mêmes résultats. — Comme appendice à son travail, M. Meissner parle de l'emploi thérapeutique de la pepsine dont il n'espère pas de grands résultats, à cause de l'absence de l'acide chlorhydrique qui, sans doute aussi, n'existe pas en quantité suffisante dans les estomacs paresseux ou malades. Mais il fait observer qu'on pourrait, à l'aide de la pepsine du commerce (mélange de pepsine et d'amidon, contenant 10 pour 100 de pepsine) et de l'acide chlorhydrique étendu, préparer des solutions de peptone, soit avec l'albumine, soit avec de la viande, ce qui vaudrait mieux. On peut concentrer ces solulions de peptone et y ajouter du sel, des épices, du bouillon, pour leur donner un bon goût. D'après l'expérience de l'auteur, une solution de peptone à la viande mêlée à du bouillon, constitue une boisson agréable et très-assimilable.

Des fonctions chimiques du foie, par M. Schutzemberger. (Thèses pour l'agrégation de Strasbourg; in-4, 70 pages.)

De la circulation hépatique et de la prétendue circulation hépatico-rénale, par M. Jacquemet. (Montpellier, imprimerie Bœhm, in-8, 132 pages.)

Cette brochure est consacrée en grande partie à combattre la théorie de la circulation hépatico-rénale, contre laquelle M. Jacquemet n'apporte d'ailleurs pas de faits nouveaux. Les recherches que cet anatomiste a entreprises à cette occasion lui ont donné quelques résultats intéressants sur la circulation du foie et sur les valvules rénales, qui méritent d'être signalés.— Relativement au système circulatoire du foie, M. Jacquemet s'est assuré que les communications directes signalées par M. Bernard, chez le cheval, entre la veine porte et la veine cave, n'existent pas chez l'homme, et qu'elles manquent également chez un grand nombre d'animaux.—Quant aux valvules qui se trouvent à l'origine des veines rénales, elles existent chez quelques animaux; mais ce que chez l'homme on peut regarder comme une valvule rénale n'est le plus souvent qu'un éperon aminci, un prolongement fourni par l'adossement des parois vasculaires à l'angle inférieur de réunion des deux troncs veineux. Cette valvule est toujours plus développée à droite qu'à gauche, parce qu'à droite les deux veines se rencontrent sous un angle plus aigu ; mais, à droite comme à gauche, elle ne défend la veine rénale ni contre le reflux ni contre le courant direct du sang de la veine cave. — De même, M. Jacquemet n'a jamais trouvé à l'embouchure des veines sus-hépatiques, dans la veine cave, des valvules efficaces et disposées pour défendre le foie contre le reflux du sang, que le voisinage du cœur rend inévitable dans plusieurs circonstances.

Ligature de la veine porte; persistance de la sécrétion biliaire, par M. Chassagne. (Thèses de Strasbourg.)

Du rôle de la veine porte dans la sécrétion biliaire, par M. Chassagne. (Moniteur des sciences médicales, p. 827.)

Les expériences de l'auteur et celles d'autres expérimentateurs conduisent à cette conclusion, que le sang de la veine porte ne fournit pas les matériaux de la sécrétion de la bile.

Recherches chimiques sur le foie et sur les matières grasses provenant du contenu de l'appareil circulatoire d'un individu atteint d'atrophie du pancréas, par M. de Luca. (Académie des sciences, 6 août.)

D'une part, M. de Luca a trouvé dans le foie la matière glucogénique découverte par M. Bernard, ce qui prouverait que la maladie du pancréas n'a pas modifié sensiblement la fonction glucogénique du foie ; d'autre part, il a trouvé dans les produits

de l'analyse du sang de la veine cave supérieure des matières grasses non décomposées, ce qu'il a cru devoir rattacher à la maladie du pancréas.

Hypertrophie de la rate ; recherches sur le volume et le poids réels de cet organe, par M. Sappey. (Société de biologie, Gaz. méd., p. 182.)

M. Sappey présente une rate, simplement hypertrophiée, dont le poids est de 7k,130 grammes. Il n'existe pas dans la science d'exemple de rate aussi volumineuse. L'hypertrophie de cet organe peut atteindre un degré indéfini, ne reconnaissant pour terme que la vie même de l'individu chez lequel elle prend naissance.

Il résulte de quelques recherches de M. Sappey, que la longueur moyenne de la rate est, en chiffres ronds, de 12 centimètres, que sa largeur représente les deux tiers de cette dimension, et son épaisseur le quart seulement; le poids moyen est de 195 grammes, et si on y ajoute 30 grammes pour représenter le poids du sang que perd la rate dans la préparation anatomique, on obtient comme poids physiologique 225 grammes.

Fonction digestive du pancréas, par M. Corvisart. (Acad. de médecine, 20 mars.)

Le pancréas, auquel on a attribué l'action de putréfier les aliments, exerce, au contraire, sans que pour ce point spécial il soit nécessaire ni de la cuisson, ni du suc gastrique, ni de la bile, une action digestive sur les aliments azotés; cette propriété lui est inhérente, propre, primitive ; cette fonction, toute physiologique, est si puissante, qu'elle peut, en une période digestive, accomplir la digestion de 300 grammes d'aliments azotés. Le pancréas est le véritable organe supplémentaire de l'estomac. Tels étaient, en abrégé, les résultats auxquels M. L. Corvisart avait été conduit, contre l'opinion de certains physiologistes, en 1857 et 1858, par le procédé expérimental de l'infusion du pancréas. Il avait déterminé de plus qu'à chaque heure l'état et l'abondance du ferment pancréatique varient au sein de la glande. Pendant l'état de jeûne, le ferment contenu dans le pancréas est inerte ; de la premiere heure à la quatrième heure du repas, il devient un peu plus abondant et plus puissant.—Mais c'est lorsque la digestion gastrique est régulièrement arrivée à la sixième et septième heure, que le ferment pancréatique arrive à son plus haut degré d'abondance, d'élaboration et d'activité. Si les chiens sont sacrifiés à cette heure, leur pancréas donne une infusion qui peut, en deux ou trois couples d'heures, digérer jusqu'à

40 et 50 grammes de blanc d'œuf ou de tout autre aliment azoté. — M. Corvisart rappelle qu'on a reproché au procédé de la fistule de troubler, dans la plupart des cas, la sécrétion, qui s'exagère ou s'arrête brusquement, d'altérer les qualités du suc pancréatique, de les frapper de suspicion relativement à la recherche des fonctions réelles du pancréas. Ces incertitudes ont conduit les observateurs à des opinions sans cesse contradictoires. — M. Corvisart a modifié l'opération pour le choix de l'heure à laquelle on la pratiquait (première ou deuxième heure du repas) ; il ne fait l'opération qu'après la cinquième heure accomplie ; si alors le suc s'écoule aussitôt, — on ne doit tenir compte que des expériences où l'écoulement a été immédiat, — on a chance qu'il s'écoule au moins au début une partie du suc physiologique qui s'était élaboré dans la glande avant l'opération, puisque celle-ci a été pratiquée juste au moment de la richesse *maxima* de la glande en ferment. — Le suc pancréatique recueilli par la fistule faite suivant ce procédé a complétement et intégralement confirmé ce que les infusions avaient fait voir à M. Corvisart, c'est-à-dire que l'action du pancréas sur les aliments azotés est supplémentaire de l'estomac, n'a aucune espèce de rapport avec la putréfaction, n'est sous la dépendance ni de la cuisson, ni de la bile, ni du suc gastrique, mais lui est propre, primitive ; la formation du ferment pancréatique dans la glande est sous la dépendance du perfectionnement de la digestion gastrique.

Ce mémoire a été publié *in extenso* dans la Gazette hebdomadaire, p. 483, sous ce titre : Fonction digestive énergique du pancréas sur les aliments azotés. Démonstration nouvelle par la fistule. Parallèle entre le procédé expérimental de la fistule et celui de l'infusion.

Contribution nouvelle à l'étude des lois qui régissent la digestion intestinale et gastrique, par M. Corvisart. (Paris, V. Masson, in-8, 16 pages.)

De l'indigestion des graisses, considérée principalement au point de vue des affections du pancréas, par M. Ancelet. (Académie des sciences, 16 juillet.)

Dans ce travail, l'auteur s'est proposé de mettre en présence certains faits pathologiques et les résultats des expériences instituées sur les animaux vivants, dans le but d'étudier l'action des liquides pancréatiques. Suivant lui, ces derniers résultats seraient susceptibles d'une double interprétation et, par conséquent, moins concluants qu'on ne l'a supposé.

Production du sucre dans ses rapports avec la résorption de la graisse et la chaleur animale, par M. Colin. (Académie des sciences, 5 novembre.)

La résorption ou la combustion de la graisse, la production du sucre, l'entretien de la chaleur animale à son degré ordinaire, sont des phénomènes intimement liés entre eux et dépendants les uns des autres. — L'abstinence chez les animaux maigres ne peut être supportée longtemps ; elle y détermine très-vite un abaissement de température, coïncidant avec la disparition presque complète du sucre dans le foie, le sang, la lymphe et les autres liquides normalement sucrés. — Chez les individus gras ou d'un embonpoint moyen, la durée de l'abstinence, toutes les autres conditions restant d'ailleurs semblables, paraît exactement proportionnelle à la quantité de matière grasse mise en réserve dans les tissus : tant que l'animal a de la graisse, la vie s'entretient, le sucre se renouvelle dans le foie ainsi que dans les fluides nutritifs, et la température du corps ne baisse pas notablement. — Pendant l'hibernation, la production du sucre conserve une activité qui est parallèle à la résorption de la graisse. — Enfin, chez tous les animaux privés d'aliments, le foie éprouve des changements très-remarquables : il marche vers l'atrophie et ses cellules perdent leur graisse à laquelle se substitue le sucre.

Des corps amylacés et des corps amyloïdes. (Archives générales de médecine, décembre, p. 743.)

Dans ce mémoire remarquable, l'auteur anonyme expose les recherches faites sur ce sujet depuis Virchow jusqu'à M. Rouget (Voir l'*Annuaire*, t. III, p. 12).

Il résume ce que nous savons sur ce sujet, en disant : — Que les dégénérescences lardacée, cireuse, amyloïde, répondent à une seule et même lésion, dans laquelle des subdivisions plutôt pressenties que déjà déterminées pourront être ultérieurement instituées, soit d'après la forme microscopique du produit, soit d'après sa réaction chimique, soit d'après son siége et son plus ou moins de diffusion ; — Que l'altération est constituée histologiquement par une substance paraissant occuper les parois des artères et secondairement les cellules du parenchyme, et composée d'abord de corpuscules homogènes, transparents, sans noyaux, sans membrane appréciable, de forme très-variable, se fondant plus tard en une masse plus ou moins considérable, paraissant s'infiltrer dans les éléments du tissu qu'elle fait successivement disparaître, en changeant à la fois leur couleur et leur consistance ; — Que la coloration par l'iode ou par l'iode et l'acide sulfurique ne peut être que provisoirement considérée comme étant à elle seule suffisamment caractéristique ; — Que le pro-

duit, quoique plusieurs observateurs aient soutenu ces diverses opinions, n'est ni de la cholestérine, ni de l'amidon, ni de la cellulose, ni une substance végétale plus ou moins modifiée ; — Que les faits cliniques recueillis jusqu'à présent ne sont ni assez nombreux ni assez décisifs pour permettre de constituer un type morbide correspondant à la lésion, soit généralisée, soit localisée, dans quelques organes ; — Que la maladie lardacée semble plutôt répondre à des phases encore indéterminées de quelques cachexies, telles que la syphilis, la tuberculisation, etc., que former une cachexie spéciale et essentielle.

De la nutrition chez l'homme et les animaux, par M. Bischoff. (Archives générales de médecine, août, p. 130.)

L'auteur examine, dans ce mémoire remarquable, quelques-unes des lois de la nutrition : il voit dans la nutrition, c'est-à-dire dans l'action réciproque du sang et des organes, la source de toute activité vitale. Dès que cette action mutuelle est supprimée, il en résulte la mort. — Les phénomènes de la nutrition sont nombreux et de nature diverse ; néanmoins, abstraction faite des fonctions des nerfs et de l'âme, on peut les ramener à deux espèces : 1° aux mouvements, et 2° à la production d'une certaine quantité de chaleur. — Ce sont les matières azotées ou albuminoïdes qui concourent spécialement à la réparation des pertes qu'entraîne la dépense des forces auxquelles sont dues les actions des organes; aussi on peut les appeler matières *alimentaires dynamogènes*. — Au contraire, tous les aliments dans lesquels les matières grasses et les sucres prédominent, et qui sont destinés à l'entretien de la chaleur animale, peuvent, être nommées *aliments thermogènes*.

M. Bischoff examine ensuite le mode suivant lequel sont utilisées par l'économie ces deux espèces de principes alimentaires, ainsi que les matières correspondantes, faisant déjà partie intégrante de l'organisme animal.

Théorie des bruits du cœur, par M. Chauveau. (Gazette des hôpitaux, p. 497.)

C'est le compte rendu par M. Dumontpallier des expériences instituées par M. Chauveau sur le cheval ; elles ont pour but de démontrer : 1° Que les bruits normaux et anormaux du cœur sont dus au jeu normal et anormal des valvules auriculo-ventriculaires et sigmoïdes; — 2° Que la contraction des oreillettes est tellement faible, qu'il n'est guère permis de lui accorder un

rôle important dans la production des bruits cardiaques. — Pour arriver à la démonstration de ces faits, l'opérateur pratique sur un cheval la section de la moelle épinière entre l'atlas et l'occipital, et entretient la respiration au moyen d'un soufflet qui est introduit dans la trachée. — Dans ces conditions, on a pu constater que l'oreillette n'a qu'une très-faible contraction, tandis que le ventricule se contracte avec une grande puissance; qu'un bruit sourd et long correspond à la systole ventriculaire, tandis qu'un bruit plus sec et plus court correspond à la diastole ventriculaire. — De l'exposé de ces expériences, il résulte, ajoute M. Dumontpallier, que le premier bruit physiologique du cœur serait presque entièrement dû au redressement des valvules auriculo-ventriculaires, au moment de la systole; tandis que le second bruit serait occasionné par le claquement des valvules sigmoïdes sous le choc en retour du sang contenu dans les artères pendant la diastole ventriculaire. — M. Chauveau est, de plus, parvenu à produire des bruits de souffle divers, en déterminant artificiellement des rétrécissements et des insuffisances valvulaires.

Théorie des bruits du cœur, par M. Boens. (Gazette des hôpitaux, p. 603.)

Après avoir rappelé les expériences de M. Chauveau, l'auteur cherche à démontrer que les conditions dans lesquelles elles ont été faites sont différentes de celles que l'on rencontre dans l'état pathologique, et que les conclusions qu'on en a déduites sont en contradiction avec certains faits qui semblaient être définitivement acquis à la science.

Sur le mécanisme du second bruit du cœur, par M. Wallach. (The Lancet, 4 février, et Gazette médicale de Lyon.)

M. Wallach a reconnu que le second bruit du cœur se compose très-fréquemment de deux bruits distincts et successifs. Ce dicrotisme cardiaque est particulièrement appréciable dans trois circonstances : 1° chez les enfants; 2° chez les adultes, après l'expiration ; 3° sur les animaux, en appliquant le stétoscope directement sur les valvules. — La cause de ce double bruit tient, en effet, au défaut de synchronisme entre le refoulement des valvules aortiques et celui des valvules de l'artère pulmonaire. Il serait étrange que le synchronisme entre le jeu de ces deux appareils valvulaires fût constamment parfait. Quatre causes principales expliquent qu'il n'en soit pas ainsi. Ce sont : la longueur inégale de l'un et de l'autre tube artériel ; leur texture différente (normale ou morbide) ; la force de projection du courant sanguin;

la résistance variable des tissus qui entourent soit l'aorte soit l'artère pulmonaire. — Le plus important de ces éléments consiste évidemment dans la différence de résistance que l'état du poumon, pendant l'expiration ou l'inspiration, apporte à l'effort du sang lancé dans l'artère pulmonaire. Aussi est-ce là sans doute qu'il faut chercher la raison principale du double son dans lequel le second bruit cardiaque peut parfois être décomposé.

Théorie du bruit de souffle, par M. Huzar. (Académie des sciences, 2 janvier.)

M. Huzar présente une explication qui lui est propre, du bruit de souffle dans les maladies du cœur. D'après des expériences qu'il a faites sur un cœur détaché muni de ses gros vaisseaux, M. Huzar a été amené à penser que cette expression, *bruit de souffle*, était beaucoup plus heureusement trouvée que ne le pensent les médecins qui l'emploient d'ordinaire, car elle indiquerait littéralement la nature de ce bruit, dû, suivant lui, à des gaz mêlés avec le sang.

De quelques déviations du mouvement circulatoire, par M. Fuhrer. (Archiv. fuer physiologische heilkunde; Gazette medicale, p. 208.)

Ce mémoire tend à établir que les capillaires sont en rapport avec un système de tubes encore plus fins, qui traversent les tissus. D'après ces idées, une portion des capillaires s'interposerait entre les organes et deviendrait un élément essentiel de leur structure; une portion des capillaires et de leurs expansions organiques ne retournerait pas au système vasculaire sanguin, mais formerait le réseau d'origine des vaisseaux lymphatiques ; les artères, les veines et les lymphatiques ont un domaine capillaire commun, dans lequel s'anastomosent les diverses terminaisons vasculaires et leurs origines.

Recherches sur la forme et la fréquence du pouls, par M. Marey. (Académie des sciences, 26 mars.)

L'auteur a modifié le sphygmographe de Vierordt, qu'il a rendu plus léger et plus portatif. — Voici les conclusions qu'il tire des expériences faites à l'aide de ce sphygmographe : — 1° Plus la tension artérielle est faible, plus l'amplitude de la pulsation est grande (à égale force de l'impulsion du cœur) ; — 2° le pouls est presque toujours *dicrote;* mais le dicrotisme est d'autant plus prononcé que la tension artérielle est plus faible ; — 3° la période d'ascension du levier est d'autant plus rapide que la tension est plus faible.

Une fois que nous avons été en mesure de juger de l'état de la

tension artérielle par la seule inspection de la forme du pouls, nous nous sommes servi de ce moyen pour déterminer le rapport de la fréquence du pouls avec la tension artérielle. Des expériences entreprises à cet effet, il ressort une loi constante, que l'on peut formuler ainsi : — A égale force du cœur, la fréquence des battements est en raison inverse de la tension artérielle. — C'est à-dire que le cœur, de même que tout muscle qui exécute un mouvement rhythmé, se contracte d'autant plus fréquemment qu'il a moins de résistance à vaincre. (La résistance que le cœur éprouve à chaque systole est constituée par la pression que le sang exerce sur les valvules sygmoïdes ; elle croît donc avec la tension artérielle.)

En 1860, M. Marey a publié dans la Gazette médicale, p. 225, un article qui résume ses intéressantes recherches sur le pouls. Voir dans le présent volume les pages consacrées aux affections du cœur.

Note sur la physiologie du pouls, par M. Moilin. (Société de biologie, décembre 1859 ; Gazette médicale, p. 292.)

M. Moilin, après avoir signalé les propriétés élémentaires du pouls, considère les modifications qu'il peut éprouver comme étant sous la dépendance du cœur ou des vaisseaux : pouls en général et pouls local.

Les pouls locaux présentent quatre types fondamentaux : deux pour l'excitation et la paralysie des artères; deux pour l'excitation et la paralysie des veinules. — Les modifications que présente le pouls en général dépendent du rhythme et de la force des contractions du cœur. Il offre aussi quatre variétés qui sont : le pouls de l'excitation des nerfs vagues ; le pouls de la paralysie des nerfs vagues, et enfin les pouls de l'excitation et de la paralysie des nerfs cardiaques.

Sur la vitesse de la circulation artérielle d'après les indications d'un nouvel hémodromomètre, par M. Chauveau. (Académie des sciences, 10 décembre.)

Expériences faites en commun avec MM. Bertolus et Laroyenne.

Ces expériences, faites sur le cheval, ont été exécutées avec un hémodromomètre de leur invention, dont l'application n'apporte aucun trouble dans la circulation artérielle, et qui indique la vitesse de cette circulation par les oscillations d'une aiguille extrêmement sensible, obéissant aux moindres influences qui accélèrent ou ralentissent le mouvement du sang.

Voici le résumé des faits que cet instrument a permis d'observer : — A. Dans les grosses artères voisines du cœur, au mo-

ment de la pulsation ventriculaire, le sang est mis en mouvement avec une vitesse relativement très-grande, qui peut être évaluée en moyenne à 52 centimètres par seconde. — B. Dans les rameaux artériels éloignés du cœur, la circulation est toujours comparativement plus active que dans les troncs pendant la période diastolique des ventricules, et l'accélération communiquée au cours du sang par la pulsation du cœur se montre relativement beaucoup plus faible. L'impulsion isochrone à la pulsation secondaire ou sigmoïde, est elle-même moins perceptible, et peut même manquer tout à fait. — C. L'état d'activité d'un organe augmente considérablement la vitesse du cours du sang dans les artères qui se rendent à cet organe. C'est ainsi que la carotide, pendant que les animaux mangent, alors que les muscles masticateurs et les glandes salivaires sont en activité, charrie cinq à six fois plus de sang que si ces organes sont au repos. — D. La circulation artérielle est très-sensiblement modifiée pendant les hémorrhagies, et les caractères qu'elle présente alors ne peuvent jeter aucun jour sur l'état de la circulation dans les artères fermées; — E. La section des pneumogastriques n'apporte pas dans la circulation artérielle d'autres modifications que celles qui résultent de la succession plus rapide des mouvements du cœur. — F. La section du grand sympathique, en paralysant les tuniques des vaisseaux et en dilatant les capillaires, paraît activer légèrement la circulation dans les troncs artériels. Mais cette accélération, si elle est bien réelle, n'est en tous cas nullement comparable à celle qui se manifeste lorsque la dilatation des capillaires est provoquée par le fonctionnement physiologique des organes. — G. La circulation artérielle s'accélère toujours beaucoup quand la moelle a été séparée de l'encéphale par une section transverse atloïdo-occipitale. — H. Lorsque la vitesse de la circulation artérielle s'accroît par suite de la dilatation des capillaires, qui rend plus facile l'écoulement du sang refoulé dans le système aortique par les contractions du cœur, la tension artérielle baisse toujours proportionnellement.

Etudes sur la circulation, dans certains états physiologiques et pathologiques; sa vitesse étudiée à l'aide d'un nouvel hémodromomètre, par M. Laroyenne. (Thèses de Paris, n° 298.)

Cette thèse fait suite au travail précédent ; le même hémodromomètre a permis d'étudier et de déterminer les points suivants : —La vitesse de la circulation dans la veine jugulaire se rapproche beaucoup de celle de la carotide. — La circulation dans un tronc artériel diffère sensiblement de celle qu'on observe dans une de ses branches. — L'activité des muscles et des glandes de la tête exerce sur le cours du sang de la carotide et de ses branches une

influence accélératrice des plus évidentes. — Les caractères de la circulation artérielle pendant les hémorrhagies sont considérablement modifiés. — Le seul phénomène saillant produit sur la circulation, par la section du pneumogastrique, est l'accélération des battements du cœur. — Les modifications apportées dans le cours du sang de la carotide, par la section du cordon cervical du grand sympathique, ne sont pas aussi considérables qu'il était permis de le supposer. — La division complète de la moelle à la partie supérieure imprime à la circulation une vitesse très-remarquable. — Dans une autre série d'expériences, l'auteur a démontré que l'activité de la circulation est en raison inverse de sa tension.

Remarques sur le mécanisme des bruits de souffle vasculaires et sur le jeu des valvules auriculo-ventriculaires, par M. Chauveau. (Journal de physiologie, p. 163.)

Nous avons déjà fait connaître dans nos précédents volumes l'opinion professée par M. Chauveau.

Des bruits anormaux dans le système vasculaire, par M. Heynsius. (Journal de physiologie, p. 722.)

Circulation dans les membres et dans la tête chez l'homme, par M. Sucquet. (Académie de médecine, 17 avril.)

L'auteur établit que les artères des mains et des pieds, du coude et du genou, communiquent avec certaines veines par des vaisseaux qui ne sont point des capillaires. — En effet, lorsqu'on pousse par les artères crurales ou axillaires une injection convenable, les capillaires des divers organes des membres ne s'injectent pas, tandis que les vaisseaux spéciaux sont pénétrés et conduisent l'injection dans les troncs des veines céphalique, basilique et saphènes. — De semblables communications faciles existent entre les artères et les veines, au nez, au front et aux oreilles. Les injections poussées par l'artère carotide primitive entrent par les artères faciales, ophthalmiques et auriculaires, dans les veines faciales, méningées moyennes et auriculaires ; tandis que les veines des organes divers qui composent la tête restent vides partout ailleurs. — Il se fait, pendant la vie, dans les pieds, dans les mains et à la face, par les veines indiquées, une circulation particulière, intermittente, quelquefois nulle, quelquefois très-abondante, et éprouvant toutes les gradations possibles entre cette suppression et la turgescence. Ces variations

sont en rapport avec l'abondance variable du sang poussé par le cœur aortique. Cette circulation a pour but uniquement de verser dans le système veineux le trop-plein brusque qui entre dans les artères; elle est dérivative des crues du sang artériel, et reste étrangère à la nutrition. Pendant qu'elle éprouve ces alternatives diverses, la circulation profonde des organes continue avec régularité, et la nutrition s'accomplit ainsi avec calme. — Il y a donc, dans les membres et dans la tête, deux circulations bien distinctes : une nutritive, générale, toujours constante ; une dérivative intermittente, et localisée dans les veines sous-cutanées de l'extrémité des membres et de la face.

Ce mémoire a été publié en volume (Paris, J.-B. Baillière, — in-8, 55 p.)

La glande coccygienne de l'homme, par M. Luschka. (Archiv fur pathologische anatomie, t. VIII, nouvelle série, p. 106 ; Gazette hebdomadaire, p. 268.)

Cette glande, dont l'existence est constante, est un organe impair du volume d'un pois environ, ovalaire, jaune rougeâtre, à surface inégale. Elle est située immédiatement au-devant du sommet du coccyx, dans une espèce de gouttière médiane comprise entre les deux insertions tendineuses du releveur de l'anus à la quatrième pièce du coccyx ; en avant, elle est recouverte par les faisceaux du *rétracteur* de l'anus (dépendance du releveur) et son aponévrose ; en arrière, elle répond à l'insertion coccygienne du sphincter anal. — Il n'est pas rare de trouver la glande coccygienne composée de cinq à six granulations séparées, du volume d'un grain de millet, suspendues en grappe à des branches très-déliées de l'artère sacrée moyenne, et réunies entre elles par du tissu cellulaire. — On distingue dans le tissu propre de la glande, d'une part un stroma formé par du tissu connectif condensé et riche en noyaux, d'autre part, des vésicules et des culs-de-sac qui sont renfermés dans les alvéoles du stroma. — La glande coccygienne reçoit un grand nombre de petits vaisseaux émanés de l'artère sacrée moyenne, et qui se distribuent autour des vésicules et des culs-de-sac en réseaux capillaires à mailles assez larges. On y trouve, en outre, une énorme quantité de nerfs provenant du ganglion coccygien, du ganglion impair, ou, en l'absence de celui-ci, de la réunion en anse des extrémités inférieures des deux grands sympathiques. — Par sa structure, la glande coccygienne se rapproche singulièrement des glandes dites vasculaires.

Anatomie et physiologie du tissu érectile, par M. Rambaud. (Thèses de Paris pour l'agrégation, in-8, 70 pages.)

Cette thèse renferme l'analyse de ce que nous connaissons sur ce sujet.

Anatomie et physiologie des glandes vasculaires sanguines, par M. Liégeois. (Thèses de Paris pour l'agrégation, in-8, 72 pages.)

L'auteur définit les glandes vasculaires sanguines : Des organes essentiellement constitués par des vésicules closes en rapport immédiat avec des capillaires sanguins, et ayant pour propriété de sécréter un liquide exclusivement récrémentitiel, liquide qui, après avoir subi dans leur intérieur des modifications chimiques et organiques, est repris directement par les vaisseaux sans être préalablement déversé à la surface du corps.—Il est ainsi amené a étudier *les vésicules*, dont il passe en revue le volume, la forme, la couleur, le contenu, le mode d'arrangement, les vaisseaux et les nerfs, etc.

Dans la seconde partie, consacrée à la physiologie, l'auteur étudie la contraction et la sensation dans les glandes vasculaires sanguines; il montre ensuite qu'elles ont entre elles un lien commun, à savoir qu'elles sont un foyer de formation des globules blancs. De ce que des animaux ont continué à vivre avec les apparences d'une santé parfaite après l'extirpation de certaines glandes sanguines, il ne faudrait pas en conclure que les glandes sanguines en général ne sont pas nécessaires à l'entretien de la vie.— Leur rôle principal paraissant sinon identique, au moins analogue, on comprend qu'elles puissent être remplacées les unes par les autres, et comme on n'a jamais pu extirper tous les ganglions lymphatiques, ceux-ci ont bien pu suppléer aux glandes enlevées.

Influence de la température sur la coagulation du sang, par M. Wanner. (Académie des sciences, 8 octobre.)

Le sang fourni par une saignée pratiquée sur l'expérimentateur lui-même était introduit dans des tubes plongés dans l'eau à diverses températures; ces tubes étaient constamment agités, l'immobilité ayant paru accélérer la coagulation de manière à rendre les résultats moins nets. Dans l'un des bains-marie, l'eau était à 22 degrés ; dans l'autre, à 37 degrés; dans le troisème, à 44 degrés. L'expérience a été répétée plusieurs fois dans des tubes de différents diamètres et avec des résultats concordants : c'est toujours pour la température de 37 degrés que la coagulation a été le plus lente. L'auteur s'appuie de ce résultat pour expliquer certains faits pathologiques, certaines ecchymoses cadavériques, etc.

Recherches sur la présence d'oxyde de carbone dans le sang, par M. Hoppe. (Archiv. f. path. anat. u. phys., t. XIII, nº 1.)

Le sang, saturé d'oxyde de carbone, donne une masse rouge, presque coagulée, ayant sur l'assiette une couleur rouge, allant jusqu'au cinabre. — Ces résultats ont été constatés sur cinq personnes asphyxiées par la vapeur de charbon, et dont une seule fut rappelée à la vie. Encore, le sang n'était pas saturé d'oxyde de carbone, puisqu'il rougissait au contact de l'air; aussi les teintes caractéristiques n'étaient pas aussi vives que dans le cas de saturation. Ces recherches peuvent avoir une grande importance médico-légale; M. Hoppe s'est assuré que d'autres gaz ne donnent pas naissance à la coloration précédente.

Essai sur la transfusion du sang, par M. Nicolas. (Thèses de Paris, nº 79.)

Historique bien fait; la transfusion peut être de quelque utilité dans les cas extrêmes (succès dans les 21/38 des cas). — Elle donne des résultats heureux, surtout dans les hémorrhagies (succès dans les 20/33 des cas).

Etude des vaisseaux lymphatiques, par M. Pappenheim. (Académie des sciences, 2 janvier.)

L'étude des vaisseaux lympathiques présente des difficultés particulières, et il n'y a pas lieu de s'étonner que leur distribution soit beaucoup moins connue que celle des autres vaisseaux de l'économie. Pour bien suivre leur trajet, en effet, il faut les observer quand ils sont pleins de lymphe, car les injections artificielles ont beau être poussées avec ménagement, elles causent toujours des déchirures qu'il est très-difficile de distinguer des voies normales : le plus sûr à beaucoup près est de profiter de l'injection naturelle, mais il faut se hâter, car ce n'est que pendant un petit nombre d'heures après la mort qu'on peut suivre à la surface d'un organe le réseau lymphatique dans son complet développement. Cette circonstance, comme on le conçoit aisément, rend l'étude de cette partie de l'anatomie plus difficile pour l'homme que pour les animaux ; pour ces derniers même il y a d'une espèce à une autre des différences quelquefois très-tranchées, ce qui oblige à multiplier les observations. Sans doute c'est toujours dans les membranes séreuses qu'il faut chercher le siége principal des lymphatiques; mais quand on les suit dans les divers organes splanchniques, on est frappé des différences

que l'on rencontre de l'un à l'autre. La rate en général est très-abondamment pourvue de cet ordre de vaisseaux, le foie l'est un peu moins, les poumons moins encore : le diaphragme en est très-pauvre. Le cheval est une des espèces où le foie est le mieux garni ; la taupe européenne présente un autre cas, et c'est le pancréas qui chez elle est le plus richement partagé. Chez ce dernier animal, la lymphe contenue dans les vaisseaux a été trouvée constamment avec un aspect laiteux : dans le cheval, la couleur était légèrement jaunâtre.

Vaisseaux lymphatiques de la pituitaire chez l'homme, par M. Simon. (Société de biologie ; Gazette médicale, p. 139.)

Ces vaisseaux, dont l'existence avait été mise en doute, ont été injectés avec une grande habileté et très-bien décrits par notre ami, M. E. Simon.—Ils existent en égale abondance dans la muqueuse de la cloison et dans celle des parois latérales des fosses nasales. — Sur la cloison, ils constituent un réseau superficiel à mailles serrées, mesurent une aire qui varie entre $0^m,001$ et $0^m,004$ carrés. mailles irrégulières, plus uniformes toutefois que celles des parois latérales. — De ce réseau superficiel partent des vaisseaux plus volumineux que ceux qui le constituent, lesquels s'anastomosent encore, mais plus largement, dans l'épaisseur de la muqueuse. Ils paraissent alors former six à huit groupes, dont les vaisseaux, après des anastomoses successives, se fusionnent en six ou huit troncs, qui passent dans la muqueuse des parois latérales. L'un contourne le cornet de Bertin et descend verticalement en bas ; deux autres se réfléchissent, de dedans en dehors, sur la lame criblée de l'ethmoïde ; un et quelquefois deux croisent la direction des os propres du nez ; enfin, un dernier, à la partie postérieure et inférieure de la cloison, passe dans le plancher des fosses nasales. Tous vont s'anastomoser avec les lymphatiques des parois latérales. — Sur les parois latérales, les lymphatiques forment un réseau très-superficiel et serré au niveau : 1° du cornet supérieur ; 2° de la moitié extérieure du cornet moyen ; 3° de l'espace situé au-devant des cornets. Un réseau plus profond, à mailles plus larges, à éléments plus volumineux, se manifeste dans le reste des parois latérales, tant dans la muqueuse des méats que dans celle qui recouvre la surface interne des cornets, non précédemment indiquée. — Les mailles de ces réseaux n'ont aucune conformité ni sous le point de vue de leurs formes ni sous celui de leurs dimensions. Les vaisseaux qui les constituent offrent des directions générales très-nettement indiquées dans quelques endroits ; au-devant des cornets, ils se dirigent obliquement en haut et en arrière ; sur les cornets et dans les méats obliquement en arrière et en bas, et sous une incidence très-

aiguë, les uns par rapport aux autres, pour converger en résultat ultime dans une espèce de gouttière située entre l'ouverture de la trompe d'Eustache et l'extrémité postérieure des cornets. Dans ce point, ils se fusionnent en deux ou trois vaisseaux qui se rendent à leurs ganglions respectifs. — Les lymphatiques de la pituitaire n'ont de communication ni avec ceux des narines ni avecceux du pharynx.—Tous les vaisseaux lymphatiques de la pituitaire aboutissent à une espèce de gouttière située entre l'extrémité postérieure des cornets et l'extrémité antérieure de la trompe d'Eustache; ils constituent là un petit réseau duquel naissent deux et quelquefois trois troncs de plus de $0^m,001$ de diamètre; ceux-ci se dirigent obliquement en arrière et en dehors et s'insinuent entre les deux péristaphylins. L'un de ces troncs, plus élevé, s'applique, à sa sortie d'entre ces deux muscles, sur la surface externe du pharynx qu'il contourne, passe en dehors du muscle stylopharyngien, en dedans de l'artère carotide interne, et après avoir décrit d'assez larges flexuosités verticales, va se jeter dans un ganglion situé au-devant du corps de l'axis. — De cette disposition il résulte que des abcès rétropharyngiens peuvent être la conséquence de maladies des fosses nasales. — Quelquefois deux branches se détachent des flexuosités de ce vaisseau. L'une, accolée à la face externe de la carotide interne, se porte avec cette artère dans le canal carotidien; l'autre se dirige vers la surface interne de l'apophyse mastoïde. — Le second tronc lymphatique (rarement il en existe un troisième et alors il suit la même direction), après s'être dégagé des péristaphylins, se porte obliquement en bas, en dehors et en arrière, suivant la direction des fibres du muscle ptérygoïdien interne, dont il est séparé par du tissu cellulo-adipeux; il croise la direction du styloglosse en passant en dedans de ce muscle, puis décrit deux ou trois anses, passe en dehors du nerf lingual, en dedans des muscles stylohyoïdien et le ventre postérieur du digastrique, en dedans de la carotide interne, et se jette, après s'être bifurqué, dans deux ganglions situés sous le muscle sternomastoïdien, au niveau où ce muscle est perforé par la branche externe du nerf spinal. — J'ajouterai une dernière remarque, c'est qu'il m'a été possible de réinjecter ces troncs complétement du ganglion vers le réseau, fait confirmatif des opinions de MM. Bourgery et Sappey, que les valvules des vaisseaux lymphatiques de la tête sont rares et insuffisantes comme celle des veines de cette partie.

Lymphatiques des poumons et du diaphragme, par M. Pappenheim. (Académie des sciences, 23 avril.)

Partant de ce fait communément admis que l'abstinence

d'aliments favorise l'afflux de la lymphe dans les vaisseaux, l'auteur cherche à se mettre dans les circonstances les plus favorables pour l'observation. Il lui a semblé que même une abstinence d'assez courte durée pouvait suffire : du moins il a vu, sur une jument qui avait été destinée à la dissection, après trois heures seulement d'abstinence, le système lymphatique des plus développés. Sur cet animal, il a pu s'assurer que la plèvre pulmonaire est très-riche en vaisseaux lymphatiques, moins que le foie cependant. En détachant cette membrane, on constate que la plèvre envoie des prolongations membraneuses entre les lobes et les lobules. Dès qu'on a saisi un vaisseau lymphatique pleural, on le poursuit dans cette prolongation plus ou moins profondément. Il existe d'ailleurs une couche externe et une couche interne de lymphatiques, et c'est l'interne qui envoie ses rameaux entre les lobules : c'est en quoi ces vaisseaux se distinguent de ceux de la rate et peut-être du foie, ceux de ces derniers organes ne pénétrant point dans les profondeurs de l'organe glanduleux. — Les lymphatiques du diaphragme constituent aussi deux couches, et envoient des prolongements entre les fibres ; mais ici les vaisseaux sont plus gros et plus nombreux à la couche interne qu'à l'externe. La plèvre de la face thoracique du diaphragme semble plus riche en lymphatique que celle de la face abdominale ; dans la plèvre pulmonaire, la portion interne semble être aussi plus riche que la portion externe ou costale. — L'auteur a poursuivi également la recherche des lymphatiques dans d'autres séreuses, au péricarde, sur les glandes surrénales. Enfin il a étudié les lymphatiques du périoste, qui sont nombreux dans la couche cellulaire, mais d'un très-petit diamètre.

Recherches sur l'anatomie des fosses nasales, par M. Panas. (Thèses de Paris, n° 39.)

Cette thèse est faite avec le plus grand soin, d'après de nombreuses préparations anatomiques. On y trouve surtout, et ce n'est pas son moindre mérite, de fréquentes et heureuses applications de l'anatomie à la chirurgie. M. Panas a injecté, ainsi que M. Simon, les vaisseaux lymphatiques de la pituitaire et il en donne une description analogue ; il montre que les veines de la pituitaire ne communiquent avec les canaux veineux intra-crânien que par la seule veine du trou borgne ; il a pu, par un procédé particulier, constater que les glandes les plus grosses et les plus nombreuses existent dans toute la moitié inférieure des fosses nasales, tandis que la pituitaire qui tapisse le haut de ces cavités, abondamment pourvue de nerfs, offre des glandes plus

petites et moins nombreuses; — il fait un parallèle entre l'organe de Jacobson chez les animaux et les nerfs olfactif et naso-palatin chez l'homme. — A la fin de la thèse, il y a une observation d'anosmie complète, suite de fracture des os propres du nez.

Considérations anatomiques sur le larynx chez l'homme et chez les mammifères, par M. Auzoux. (Thèses de Paris, nº 126.)

L'auteur fait un parallèle entre le larynx de l'homme et celui de quelques mammifères. Il n'y a dans cet exposé rien qui ne soit déjà connu.

Remarques sur le muscle kérato-cricoïdien, muscle du larynx, par M. Turner. (Edinb. méd. Journal, février; Archives générales de médecine, juin, p. 739.)

Ce muscle, décrit par Meckel, est situé près des fibres externes ou antérieures du muscle crico-aryténoïdien postérieur, dont il se distingue par la direction en haut et en dehors. Ses insertions ont lieu au bord postérieur de la corne inférieure du cartilage thyroïde. Il n'est pas constant et habituellement il ne se rencontre que d'un seul côté. — M. Turner a contrôlé les observations de Meckel : ce muscle manque chez la majorité des individus, plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Il est probable qu'il modifie les sons, mais nous ne savons pas en quoi consistent ces modifications.

Des cartilages de Wrisberg et d'une nouvelle paire de cartilages dans le larynx de l'homme, par M. Luschka. (Zeitschrift fur rationelle medizin; Gazette médicale, p. 734.)

L'auteur commence par constater la présence de cartilages de Wrisberg chez l'homme, présence qui a été niée par quelques anatomistes français. Seulement il fait observer que chez beaucoup d'individus ils sont plus ou moins visibles. Ils sont placés entre les deux feuillets du pli aryépiglottique et entourés par les glandes aryténoïdes latérales.— Deux autres cartilages, distincts des précédents, ont été découverts par M. Luschka, qui les compare aux cartilages sésamoïdes trouvés par M. Brandt dans le larynx de plusieurs animaux; mais leur présence n'est pas constante. Ils ont une forme ovale, 3 millimètres de longueur et 1 millimètre seulement de largeur et d'épaisseur, et sont formés par un cartilage réticulé. On les trouve appliqués contre le bord externe des cartilages aryténoïdes à une distance de 6 millimètres de la pointe des cartilages de Santorini. Deux figures donnent la position de ces petits cartilages.

Sur la présence des fibres musculaires dans les parois des vésicules pulmonaires, par M. Moleschott. (Wiener med. wochenschrift, n° 52, 24 décembre 1859 ; Gazette hebdomadaire, p. 523.)

M. Moleschott avait soutenu, en 1845, l'existence de ces fibres, contestées par plusieurs auteurs, admises par Gerlach. Des recherches récentes ont permis à l'auteur de vérifier le fait qu'il avait autrefois annoncé. — Pour rendre visibles les fibres musculaires lisses dans les parois des vésicules pulmonaires, on peut couper de petits cubes de tissu pulmonaire frais de 4 à 6 millimètres de hauteur, les plonger dans une solution assez concentrée d'acide acétique, et les y laisser pendant plusieurs mois ou même une année. On fait ensuite macérer les morceaux retirés de l'acide acétique dans de l'eau distillée, pendant vingt-quatre heures, puis on fait l'examen microscopique en se servant, pour humecter la pièce, d'une solution d'acide acétique à 1,5 pour 100. Les préparations faites de cette façon montrent très-nettement dans les parois des vésicules pulmonaires des fibres musculaires lisses munies de leurs noyaux, lesquels présentent la forme caractéristique de bâtonnets et une teinte un peu jaunâtre.

Osmose pulmonaire, par M. Mandl. (Académie des sciences, 26 mars.)

Ce mémoire est résumé dans les conclusions suivantes : — La vie des animaux respirant dans l'eau est incompatible avec la présence d'une quantité plus ou moins grande d'une substance à saveur sucrée ; — Les substances expérimentées sont de véritables sucres, tels que le sucre de canne ou de betteraves, le glucose, le sucre de lait, ou des principes doux non fermentescibles, tels que la glycérine, la mannite ; — La célérité avec laquelle agissent ces solutions dépend du titre de la solution, de la qualité du sucre et de l'espèce animale ; — Des expériences nombreuses m'ont démontré que la mort ne peut être attribuée ni à l'absence de l'air, ni à la fermentation, ni à l'action chimique exercée sur le sang, ni à la viscosité, mais qu'elle est due uniquement à l'action osmotique (endosmose et exosmose) des solutions sucrées. — Plusieurs phénomènes physiologiques et pathologiques trouvent leur explication dans l'osmose exercée par les substances sucrees ; ainsi, la soif excitée par l'ingestion des sucres qui absorbent l'eau des tissus avec lesquels ils se trouvent en contact ; la vertu conservatrice, antiseptique des sucres par l'arrêt de développement des êtres organisés ; le pouvoir digestif de petites quantités de sucre, qui provoquent l'exosmose de suc gastrique, tandis que de grandes quantités introduites dans le sang augmentent le pouvoir osmotique de ce liquide, ce qui fait comprendre l'emploi de ces substances dans le traitement des hydropisies.

L'abondance de glucose dans tous les tissus explique chez les diabétiques la soif constante, l'impossibilité d'une accumulation séreuse quelconque, et peut-être aussi par l'arrêt de la circulation la gangrène, observée parfois dans cette maladie. Enfin, l'emploi de la glycérine comme topique est basé sur le grand pouvoir osmotique de cette substance.

Ce mémoire a paru *in extenso* dans les Archives générales de médecine, p. 49, juillet.

Résumé de recherches expérimentales sur la respiration dans ses rapports avec l'alimentation et diverses autres circonstances, par M. Smith. (Journal de physiologie, p. 506.)

Recherches sur les corps introduits par l'air dans les organes respiratoires, par M. Pouchet. (Académie des sciences, 18 juin.)

M. Pouchet a fait porter principalement ses recherches sur les oiseaux, chez lesquels l'air, après avoir traversé les poumons, non-seulement se répand dans les diverses cavités du tronc, mais encore parvient jusque dans l'intérieur des os des membres. Sur ces animaux, il s'est surtout attaché à examiner les os les plus pneumatiques ; et comme dans ceux-ci les corpuscules, une fois introduits, ne sortent que difficilement, à cause de l'immobilité des parois et de l'irrégularité des anfractuosités, on y trouve d'amples vestiges de tout ce que l'air apporte dans l'appareil respiratoire. — Chez les animaux qui vivent au milieu des villes et dans l'intérieur des habitations, on trouve une énorme quantité de fécule dans les organes respiratoires ; chez les oiseaux, on en découvre jusque dans l'intérieur des os ; on y rencontre aussi des parcelles de fumée, des filaments d'étoffes diverses qui composent les vêtements. Chez les animaux qui vivent au milieu des forêts, ce sont des débris de végétaux qui remplissent exclusivement l'appareil respiratoire. — Etudié à ce point de vue, l'appareil respiratoire peut donner une idée fidèle de la vie des animaux. Non-seulement il révèle quels sites ceux-ci préfèrent, quel est leur genre de nourriture, mais même, quand ils sont domestiques, quelle est la profession de ceux chez lesquels ils ont vécu. — M. Pouchet a retrouvé dans les organes respiratoires de l'homme les mêmes corpuscules atmosphériques qu'il a rencontrés chez les animaux.

Vice de conformation du thorax, par M. Sappey. (Société de biologie, janvier ; Gazette médicale, p. 382.)

Le diamètre antéro-postérieur du thorax se trouvant, chez ce sujet, considérablement diminué, il y a eu augmentation propor-

tionnelle des autres diamètres, de telle sorte que la place occupée par les poumons a à peu près pris son volume normal. Ce vice de conformation a eu surtout pour effet de dévier la pointe du cœur en la portant en haut et à gauche, d'abaisser le foie et de neutraliser, en grande partie, l'action du diaphragme.

De quelques causes de variations dans la température animale, par M. Marey. (Société de biologie, avril; Gazette médicale, p. 383.)

Les remarques de M. Marey portent sur deux points : 1° Lorsqu'on prend la température du sang dans les cavités splanchniques chez un animal, si l'on fait la ligature de l'aorte abdominale, on voit s'élever la température du sang dans les parties situées au-dessus de cette ligature. Pour M. Bernard, cet effet pourrait être dû à l'augmentation de la pression sanguine par l'effet de la ligature. M. Marey n'admet pas la possibilité d'une semblable action de la pression plus forte, il pense que l'on doit voir la cause de ce phénomène dans ce fait signalé par M. Bernard, que certaines parties du corps ramènent par leurs veines un sang plus froid que celui qu'elles ont reçu par leurs artères; les membres sont dans ce cas. La circulation à travers les membres abdominaux est donc une cause de refroidissement continuel pour la masse du sang qui les traverse. Il n'est donc pas étonnant qu'en supprimant la circulation dans les membres pelviens, c'est-à-dire en supprimant une cause de refroidissement de la masse sanguine, on augmente sa température dans les parties du corps où elle continue à circuler. — 2° Un second fait signalé par M. Bernard, comme un *desideratum* des théories relatives à l'influence nerveuse sur la chaleur animale, est la variation inverse qui se produit dans la température des deux oreilles du lapin, soit qu'on coupe, soit qu'on galvanise le grand sympathique. Dans ces expériences, si à l'aide d'une section simple du nerf on échauffe l'oreille correspondante, l'oreille du côté sain se refroidit légèrement. Si la galvanisation du bout supérieur du nerf refroidit l'oreille du côté opéré, l'oreille saine s'échauffera un peu. — Pour M. Marey, la production de ce phénomène dépendrait d'une disposition anatomique du système artériel du lapin. Chez cet animal, comme chez tous les rongeurs et un grand nombre d'autres animaux, les carotides droite et gauche sont fournies par un tronc commun qui naît de l'aorte. Il résulte de cette disposition que la circulation dans l'une des moitiés de la tête est en relation inverse avec celle de l'autre moitié. Si la section du grand sympathique rend le cours du sang plus facile dans la branche correspondante du tronc *bicarotidien*, la dérivation du sang qui se fera par cette

branche fera diminuer dans l'autre la tension sanguine et la rapidité du courant artériel. — Dès lors, la température diminuera du côté sain par suite du ralentissement circulatoire. L'inverse se produit lorsqu'on galvanise le bout périphérique du grand sympathique.

Absorption de la chaleur rayonnante obscure dans les milieux de l'œil, par M. Janssen. (Académie des sciences, 23 juillet.)

Chez les animaux supérieurs, les milieux de l'œil, qui sont d'une transparence si parfaite pour la lumière, possèdent au contraire la propriété d'absorber d'une manière complète les rayons de chaleur obscure, opérant ainsi une séparation des plus nettes entre ces deux espèces de radiations. — Au point de vue physiologique, cette propriété des milieux paraîtra importante si l'on considère que dans nos meilleures sources artificielles de lumière (lampe Carcel), l'intensité calorique de ces radiations obscures est décuple de celles des radiations lumineuses.— Ces radiations obscures s'éteignent en général avec une rapidité extrême dans les premiers milieux de l'œil : pour la source citée, la cornée en absorbe les deux tiers, l'humeur aqueuse les deux tiers du reste, de sorte qu'une fraction extrêmement faible se présente aux autres milieux. — Quant à la cause de cette propriété des milieux de l'œil, elle réside tout entière dans leur nature aqueuse; leur thermocrose est identique à celle de l'eau. — Enfin une dernière réflexion semble naturelle à l'égard de nos sources artificielles de lumière ; ne doit-on pas les considérer comme bien imparfaites encore, puisqu'il existe pour les meilleures d'entre elles une si grande disproportion entre les rayons utiles et ceux qui sont étrangers au phénomène de la vision, disproportion qui se retrouve nécessairement entre la dépense totale et celle qui serait théoriquement nécessaire?

Chaleur produite pendant la contraction musculaire, par M. Béclard. (Académie des sciences, 5 mars.)

On sait, dit l'auteur, depuis les travaux de M. Becquerel, qu'il se développe une certaine quantité de chaleur dans le sein des muscles, au moment où ils se contractent. — Il résulte d'un grand nombre d'expériences tentées soit à l'aide de poids libres, soit à l'aide d'un appareil dont je donne la description dans mon mémoire, que la contraction musculaire statique développe toujours une quantité de chaleur supérieure à la contraction musculaire accompagnée d'effets mécaniques extérieurs. D'où je tire cette conclusion, que la contraction musculaire n'est pas une source de chaleur à la manière dont les physiologistes le pensent,

mais qu'il n'y a que la partie de la force musculaire non utilisée comme travail mécanique qui apparaisse sous forme de chaleur.

Influence de la ligature d'une anse intestinale sur la température animale, par M. Demarquay. (Académie des sciences, 10 decembre.)

Le trouble apporté aux fonctions vitales est tel, que, dans certains cas, on a pu considérer comme atteints de choléra des malades affectés de hernie étranglée. — M. Demarquay a pratiqué sur des chiens une ligature d'une anse intestinale, de manière à simuler une hernie ou un étranglement interne, et pendant vingt-quatre heures il a pris la température de ces animaux. Les conclusions auxquelles conduisent ces expériences peuvent être résumées dans les termes suivants : — Les phénomènes de refroidissement que l'on observe souvent chez l'homme sous l'influence de la hernie ou de l'étranglement interne, sont dus à une constriction plus ou moins forte d'une anse intestinale. En effet, sur onze chiens mis en expérience et dont la température a été prise avec soin, nous avons constaté dans les quatre premières heures un abaissement notable sur sept de ces animaux, tandis que sur les quatre autres il y a eu une élévation légère. — L'abaissement a été d'autant plus marqué que la ligature a été plus haut placée sur le tube digestif. — La réplétion des voies digestives a eu une action notable sur la rapidité des phénomènes.— Les phénomènes réactionnels, qui ont amené chez tous les animaux une élévation de température au bout d'un certain temps, sont dus à l'influence de la péritonite, qui survient toujours si les animaux survivent quelque temps à l'opération.

Attributions pathologiques du liquide céphalo-rachidien, par M. J. Williams. (The Lancet, 18 février.)

Voici quel rôle l'auteur croit pouvoir attribuer au fluide cérébro-spinal, dans la production de certaines maladies.—Le *mal de mer* dépend probablement de l'irritation causée par les pulsations vibratoires ou ondulations irrégulières et inégales de ce fluide, car le mouvement anti-péristaltique est aussi observé fréquemment dans l'hydrocéphale. — Quand le fluide est altéré dans sa sécrétion ou qu'il manque, il en peut résulter une *paralysie* partielle ou complète, et même l'atrophie musculaire, l'humidité étant une condition essentielle pour l'action des organes nerveux. — Dans la *goutte*, les douleurs locales dépendent non-seulement de l'irritation causée par l'état acide du sang, mais probablement aussi par le fluide âcre circulant à travers les fibrilles nerveuses ; hypothèse dont la valeur s'accroît par le

développement des concrétions goutteuses. — Les *convulsions*, dans leur succession, tiennent vraisemblablement aux mouvements brusques de va-et-vient communiqués au fluide par les centres nerveux irrités.

Sur une modification spéciale de la nutrition dans une partie limitée du corps, sous l'influence d'irritations de l'encéphale ou de la moelle épinière dans certains cas d'épilepsie, par M. Brown-Séquard. (Journal de physiologie, p. 167.)

Mouvements de rotation sur l'axe que déterminent les lésions du cervelet, par MM. Gratiolet et Leven. (Academie des sciences, 10 décembre.)

Par une très-petite ouverture faite à l'occipital, ils pratiquent, à l'aide d'une aiguille tranchante, une section verticale dans le centre des lobes latéraux. L'animal tourne à l'instant même sur le côté lésé; l'œil du côté sain se porte en avant et en haut, celui du côté lésé, en bas et en arrière; il n'y a d'ailleurs aucun signe d'hémiplégie faciale; le tronc est pour ainsi dire tordu et courbé sur le côté lésé, et les membres postérieurs se portent avec force du côté opposé. Flexion des membres antérieurs, sensibilité générale intacte, aucun trouble de l'ouïe ni de la vision, pas de gêne de la déglutition. Lorsque, chez ces animaux, les mouvements de rotation s'arrêtaient un instant, les moindres bruits, les moindres gestes, en déterminaient aussitôt la production; ils se manifestaient surtout quand, sous l'influence d'une angoisse vertigineuse et d'un insurmontable effroi, l'animal cherchait à fuir. Ces mouvements étaient donc, à certains égards, volontaires; mais ils se substituaient à toute locomotion régulière. — Comparant ces phénomènes avec ce qui se passe dans l'état normal, MM. Gratiolet et Leven concluent que, chez l'animal sain, tous les équilibres concordent, l'harmonie créant l'unité, tandis qu'après la lésion du cervelet il y a une dissociation manifeste de ces équilibres, ce que l'on peut exprimer en disant que l'axe d'équilibre de la tête s'est incliné sur l'axe d'équilibre du tronc. Cet effet est le résultat constant et simple de toute lésion pratiquée aux parties latérales de l'organe où réside le sentiment de la coordination symptomatique des mouvements du corps.

Note sur un cas de mouvement de manége consécutif à une hémorrhagie de la protubérance, par M. Paris. (Journal de physiologie, p. 717.)

Note sur les mouvements rotatoires, par M. Brown-Séquard. (Journal de physiologie, p. 720.)

Recherches expérimentales sur la physiologie de la moelle allongée, par M. Brown-Séquard. (Journal de physiologie, p. 151.)

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de démontrer que certains phénomènes que l'on observe dans les cas de mort subite ou presque subite, dépendant d'une lésion de la moelle allongée, sont dus non à l'absence ou à la cessation d'action de l'organe enlevé, mais à l'irritation produite au moment de l'ablation.

Note relative à des expériences sur le système nerveux, par M. Van Kempen. (Bulletin de l'Académie royale de Belgique; Gazette médicale, p. 545.)

Sur la coloration noirâtre des centres nerveux chez les individus de race blanche, remarquables par l'abondance du pigment extérieur, par M. Gubler. (Journal de physiologie, p. 157.)

Principes électro-physiologiques qui doivent guider les applications médicales de l'électricité, par M. Nancias. (Académie des sciences, 2 avril.)

Les courants continus trop prolongés laissent dans l'organisme une impression profonde, qui ne peut aller jusqu'à détruire lentement la vie, tandis que les courants instantanés ou tuent subitement, ou ne laissent après eux aucun trouble dans l'organisme. M. Nancias dit, en outre, qu'il a constaté la supériorité des courants directs pour mettre en action les nerfs des mouvements et la supériorité du courant inverse pour exciter les fonctions des nerfs du sentiment.

Influence que peut exercer la polarisation dans l'action de l'électricité sur le système nerveux, par MM. Martin-Magron et Fernet. (Académie des sciences, 19 mars.)

Les auteurs de cette note ont comparé les intensités relatives des courants continus, traversant les nerfs sur des animaux vivants, en introduisant d'une manière permanente le galvanomètre dans le circuit. En faisant passer l'un de ces courants constants très-faibles, à plusieurs reprises, par les mêmes points du nerf, et le laissant établi chaque fois pendant un temps à peu près égal (trois minutes), et avec des intervalles de repos égaux (deux minutes), pour permettre à l'aiguille de revenir à zéro, ils ont été frappés de la décroissance rapide des angles de déviation indiqués par l'aiguille dans chaque expérience. — Ces variations se sont présentées avec les particularités suivantes : — 1° L'intensité du courant parcourant le nerf, pendant un certain temps, dans le même sens, semblait diminuer très-rapidement ; 2° un

courant parcourant ensuite le même nerf en sens inverse semblait acquérir par là une intensité plus grande, surtout pendant les premiers instants ; 3° le passage répété de ce courant en sens inverse semblait rendre aux courants passant dans le sens primitif leur intensité, mais le passage de ceux-ci pendant quelques minutes rendait l'intensité décroissante. — Il résulte de là qu'un courant, même d'une intensité extrêmement faible, assez faible pour n'être pas accusée par un galvanomètre un peu moins sensible, peut cependant produire une résistance au passage, relativement très-considérable, en traversant un tissu d'une structure semblable à celle du tissu nerveux; il en résulte une polarisation qui produit un courant en sens inverse de celui de la pile dès que le circuit est fermé. Dès lors ce courant semble diminuer l'action du courant de la pile sur l'aiguille du galvanomètre, si le courant de la pile passe toujours dans le même sens ; il semble s'ajouter au contraire tout d'abord aux courants qu'on fait passer en sens inverse : ceux-ci peuvent, à leur tour, produire une polarisation contraire, et ainsi de suite. — On obtient les mêmes résultats en substituant au tissu nerveux d'autres tissus, comme un fragment de peau humide, un simple fil mouillé avec de l'eau ordinaire, ou même un fil métallique. Ces faits s'accordent avec ceux récemment annoncés par M. Matteucci. Les auteurs se sont en outre assurés que l'influence sur un nerf moteur devient plus énergique par les causes qui peuvent augmenter la polarisation pendant que le courant passe.

Action centripète du courant galvanique constant des nerfs, chez l'homme, par M. Remak. (Académie des sciences, 27 août.)

M. Remak, dans plusieurs communications précédentes, a énoncé, entre autres propositions, l'opinion que les contractions toniques qui se produisent sous cette influence sont de nature réflexe et peuvent être produites aussi par excitation des nerfs cutanés. Cette opinion était appuyée sur une série d'observations thérapeutiques qui lui ont paru démontrer que le courant constant est en état, non-seulement d'exciter les centres nerveux, mais de régler et de rétablir les actions des cellules ganglieuses centrales, en leur communiquant l'excitation périphérique des fibres nerveuses. Enfin, après avoir poursuivi plus tard ces recherches sur un grand nombre de malades, il a produit des faits qui semblent prouver que l'application du courant constant sur les nerfs d'un membre dans des cas d'hémiplégie, de paraplégie, de catalepsie ou d'autres maladies centrales, peut produire des effets visibles dans un autre membre qui n'est pas soumis à l'action immédiate du courant. — Néanmoins, comme on pouvait se demander encore si ces effets centripètes, au lieu de se propager

aux centres nerveux par la voie des fibres nerveuses, n'étaient pas simplement liés à la dérivation du courant sur la voie humide des tissus et du sang. M. Remak s'est proposé d'élucider ce point par de nouvelles observations. On voit par plusieurs exemples que l'action constamment croisée du courant ne permet pas de faire dépendre le phénomène de courants dérivés ; que ces contractions croisées sont réflexes et d'origine centrale, et que c'est par la voie des fibres sensibles que l'excitation se communique au centre nerveux.

Théorie des effets physiologiques produits par l'électricité transmise, dans l'organisme animal, à l'état de courant instantané et à l'état de courant continu, par M. Chauveau. (Journal de physiologie, p, 52.)

Nous avons analysé ce mémoire. (V. l'*Annuaire*, t. III, p. 36 et 37.)

Pouvoir électro-moteur secondaire des nerfs, par M. Matteucci. (Académie des sciences, 27 février.)

M. Matteucci communique un mémoire dont l'objet est la description d'un phénomène qu'il a découvert en étudiant l'action du courant électrique sur les nerfs. Ce phénomène, qui, en réalité, n'appartient pas exclusivement au tissu nerveux et ne peut être appelé électro-physiologique, car il se produit longtemps après que le nerf a perdu son excitabilité, n'en est pas moins important pour l'électro-physiologiste, dit M. Matteucci, en ce qu'il intervient nécessairement dans tous les effets physiologiques qui dépendent de l'action du courant sur les nerfs. Il consiste dans le développement dans le tissu nerveux d'un pouvoir électro-moteur secondaire indépendant des propriétés vitales de ce tissu, et qui ne serait, suivant M. Matteucci, qu'un cas particulier des polarités secondaires, auquel on pourrait appliquer l'explication admise aujourd hui pour ces polarités, et qui a été donnée il y a longtemps par M. Becquerel et par l'auteur lui-même.

Pouvoir électro-moteur de l'organe de la torpille, par M. Matteucci. (Académie des sciences, 14 mai.)

Le pouvoir électro-moteur de l'organe de la torpille existe indépendamment de l'action immédiate du système nerveux ; — il augmente notablement, et persiste pendant un certain temps dans cette augmentation, lorsqu'on a excité plusieurs fois de suite les nerfs de l'organe, de manière à obtenir un certain nombre de décharges successives ; — il est indépendant de la nature du milieu gazeux dans lequel on a laissé l'organe pendant vingt ou trente heures.

Sur l'origine de l'électricité dans l'appareil de la torpille, par M. Moreau. (Société de biologie, novembre 1859; Gazette médicale, p. 212.)

On coupe à une torpille les nerfs qui se rendent à l'appareil électrique et en excitant au moyen d'un faible courant l'extrémité périphérique des nerfs ainsi coupés, on obtient des décharges de plus en plus faibles jusqu'à épuisement. Si alors on remet le poisson dans l'eau de mer, on peut, au bout de quelques heures, obtenir des décharges aussi fortes et aussi répétées qu'au moment où les nerfs ont été coupés; — ce qui prouve que la tension électrique ne résulte pas des rapports de l'appareil avec les centres nerveux et que cet appareil dans ses fonctions est indépendant des centres nerveux.

Expériences expliquant le phénomène électrique de la torpille, par M. Armand Moreau. (Société de biologie, octobre 1860; Gazette médicale, p. 757.)

L'auteur promet un complément à cette note; nous ferons connaître ses conclusions.

De la macération des nerfs dans l'acide tartrique pour faciliter l'étude des filets qui les constituent, par M. Liégeois. (Société de biologie, 1860; Gazette médicale, p. 383.)

Les anatomistes ont déjà employé la macération dans l'acide tartrique pour étudier la structure des glandes et la disposition de leurs conduits. Dans les cas où une glande ainsi que les tissus qui l'enveloppent ont pendant quelque temps été soumis a cette préparation, le tissu cellulaire qui enveloppe la glande est devenu transparent et gonflé; son apparence est celle de la gélatine. Les éléments de la glande ont, au contraire, acquis une opacité et une blancheur mate qui permet de les distinguer facilement. La même préparation, appliquée à l'étude des nerfs, semble appelée à rendre de grands services. En effet, chacun des filets dont la réunion forme un cordon nerveux apparaît parfaitement distinct au milieu du tissu cellulaire devenu transparent. Sur une pièce ainsi préparée, M. Liégeois fait voir que le nerf pneumogastrique semble au premier abord fournir la branche descendante de l'hypoglosse; mais, après la macération, si l'on place le nerf entre deux plaques de verre et qu'on l'examine par transparence, on voit que l'anomalie n'est qu'apparente; le nerf hypoglosse envoie au pneumogastrique une branche qui ne fait que s'accoler à lui pour s'en détacher plus tard sous forme de branche descendante. On peut suivre à travers le tronc du pneumogastrique le filet de l'hypoglosse, qui est parfaitement distinct.

Terminaison des nerfs à la périphérie et dans les différents organes, par M. Jacubowitsch. (Académie des sciences, 7 mai.)

Chaque nerf, de quelque nature qu'il soit, prend son origine d'une cellule nerveuse dans les organes centraux du système nerveux, et se termine à la périphérie ou à l'intérieur d'un organe : — *a*. Soit dans une cellule nerveuse, et, pour les nerfs des sens, dans le noyau lui-même; — *b*. Soit dans la masse d'une cellule, à l'intérieur des organes, pour les nerfs ganglionnaires ; — *c*. Soit, enfin, en formant un réseau nerveux capillaire, où les différences anatomiques disparaissent, les cylindres d'axe passant les uns dans les autres et se confondant ensemble. — Le système nerveux, le central comme le périphérique, forme un tout qui, pareil au système sanguin, se retrouve dans tout l'organisme, pénétrant avec ses trames à travers les diverses parties, et arrivant ainsi jusqu'aux derniers éléments, sans pour cela se perdre d'une manière vague et confuse. — Les éléments nerveux, les cellules nerveuses, aussi bien que les cylindres d'axe, sont toujours en voie de développement dans les organes centraux comme à la périphérie. — Le rôle que jouent les cellules nerveuses qui se trouvent à la périphérie ou à l'intérieur des organes varie : ou elles président à des fonctions spéciales comme celles de tous les organes des sens, ou elles servent à la conservation propre des organes eux-mêmes, comme les cellules nerveuses des organes glandulaires et de la muqueuse ; tandis que la fonction physiologique, proprement dite des organes, est donnée par la connexion de ces cellules nerveuses avec les parties centrales du système nerveux.— Si la différence anatomique disparaît dans le réseau nerveux capillaire périphérique par le fait que les cylindres d'axe se confondent ensemble, il n'en est pas de même de la différence physiologique qui existe toujours, ce que nous voyons pareillement dans les vaisseaux capillaires sanguins, et il est possible que son activité se traduise par des directions déterminées du courant de la force nerveuse avec la matière.

Note sur quelques expériences sur la partie cervicale du nerf grand sympathique chez une femme décapitée, par M. Wagner. (Zeitschrift für rationelle medizin ; Journal de physiologie, p. 174.)

Modifications qu'éprouvent après la mort, chez les grenouilles, les nerfs et les muscles, par M. Faivre. (Académie des sciences, 2 avril, et Société de biologie, mars.)

1° Contractilité musculaire : — La contractilité musculaire, loin de diminuer après la mort, s'accroît après un certain nombre d'heures et arrive à un degré extrême, qui est le maximum de contractilité musculaire. — Dans cet état, qui dure de huit à douze

heures, la fibre musculaire est devenue sensible aux agents mécaniques les plus délicats et aux courants électriques les plus faibles. Le moindre excitant mécanique ou physique provoque alors dans le membre des convulsions violentes, générales, permanentes, et qui tendent à se répéter. — Une basse température prolonge beaucoup la durée de cette période ; on peut constater alors qu'à la suite d'excitations multipliées, les muscles peuvent cesser d'être contractiles, mais que la contractilité se rétablit après quelques heures par le repos. — Le maximum de contractilité se termine toujours par la rigidité cadavérique ; la rigidité ne se manifeste pas lorsque le maximum n'a pas lieu. — Tandis qu'après la mort, la sensibilité et la contractilité des muscles se développent en donnant lieu à des manifestations particulières, l'excitabilité des nerfs va au contraire en diminuant ; elle n'existe plus ou existe à peine lorsque les muscles sont arrivés au milieu de leur période de plus grande contractilité. — Tous ces faits démontrent avec évidence cette proposition : la contractilité des muscles et l'excitabilité des nerfs sont deux propriétés distinctes.

2° Excitabilité nerveuse : — Les nerfs sciatiques et leurs branches demeurent excitables plus de douze heures après la mort chez les grenouilles ; chaque animal présente un degré particulier d'excitabilité primitive ; on observe dans tous les cas que les muscles demandent, pour être excités, un courant beaucoup plus fort que les nerfs. — On peut, dans un nerf coupé, faire apparaître ou disparaître l'excitabilité deux ou trois heures après la mort. On peut l'augmenter à l'aide des agents physiques, chimiques ou mécaniques. — On sait que les courants continus exercent sur les nerfs une action paralysante ; les courants intermittents énergiques, lorsque leur action a été prolongée, agissent de la même manière. Il en est tout autrement si leur application a été rapide et passagère ; alors ils éveillent l'excitabilité. Cette propriété affaiblie se rétablit par le repos. — Les modifications apportées dans les propriétés d'un nerf en un de ses points se propagent dans toute son étendue, mais elles se propagent en s'affaiblissant, etc. — Les faits de cette seconde catégorie indiquent que chaque nerf a un pouvoir propre et agit, dans certaines conditions, plusieurs heures après la mort, comme un centre spécial.

Sur l'indépendance des propriétés vitales des nerfs moteurs, par M. Brown-Séquard. (Journal de physiologie, p. 160.)

Recherches expérimentales sur la régénération des nerfs séparés des centres nerveux, par MM. Philipeaux et Vulpian. (Gazette médicale de Paris, p. 448, 460, etc.)

Mémoire communiqué à l'Académie des sciences, le 10 octobre

1859; on en trouvera le résumé dans l'*Annuaire*, t. III, p. 33. — Les mêmes auteurs ont adressé à l'Académie des sciences (3 septembre 1860), une note complémentaire pour démontrer que la partie périphérique d'un nerf, séparée de la partie centrale du même nerf, par section ou par excision, peut, après s'être altérée complétement, recouvrer plus ou moins entièrement sa propriété physiologique et sa structure normale, sans qu'il se fasse une réunion préalable entre les deux bouts. — Ce fait a une assez grande importance au point de vue de la physiologie générale du système nerveux; car il prouve : — 1° Que le maintien de la structure normale des nerfs n'est pas lié, aussi nécessairement qu'on le pensait, aux connexions intimes de ces nerfs avec le centre nerveux, puisque la restauration anatomique d'un nerf peut se faire alors même qu'il demeure tout à fait séparé de ce centre; — 2° Que la motricité, et par induction l'excitabilité sensitive, ne sont pas, comme certains auteurs l'ont cru, des forces d'emprunt puisées par les nerfs dans le système nerveux central, mais que ce sont bien des propriétés de tissu liées à l'intégrité de la nutrition et de la structure des tubes nerveux, puisque la motricité, abolie pendant un temps plus ou moins long dans un nerf qui reste séparé du centre nerveux, reparaît dans ce nerf, sur place, dès que le nerf recouvre sa structure.

Formation nouvelle de tissu nerveux dans un névrôme, par M. Weismann. (Zeitschrift fur rationelle medizin; Gazette médicale, p. 720.)

Dans un névrôme développé sur un rameau du nerf médian, l'auteur a trouvé les éléments nerveux et surtout les tubes primitifs entre-croisés de mille manières, et dont un grand nombre étaient bifurqués. Il y avait des fibres nerveuses nouvelles qui s'étaient formées dans un névrilème également nouveau. La plus grande partie de ces fibres n'était pas en communication avec le cerveau.

Sensibilité tactile, par M. Jobert. (Académie des sciences, 20 août.)

M. Jobert rapporte une observation intéressante, surtout au point de vue de la physiologie Il s'agit d'un malade atteint d'un cancer récidivé au milieu d'un tissu cicatriciel L'altération occupait la tête du sourcil droit, le bord interne des paupières correspondantes, le sac lacrymal et le dos du nez. Après avoir enlevé les parties malades, le chirurgien procéda à la réparation de la perte de substance en taillant un lambeau au milieu du front; la greffe prit racine. — D'abord, dans le pédicule seul s'était localisée la sensibilité, et plus tard elle gagna la totalité

du lambeau, qui fut susceptible de toutes les impressions. Mais les piqûres et les excitations étaient rapportées au pédicule lui-même. — Dès que la sensibilité et la vitalité furent incontestables dans le lambeau, le lambeau, pouvant vivre par lui-même après la section du pédicule, fut utilisé pour effacer le reste de la difformité. Il fut coupé, et son déplacement total a suffi pour compléter l'autoplastie nasale et palpébrale. — Pendant quelques jours, le lambeau a été principalement alimenté par le pédicule, jusqu'à ce que la continuité vasculaire fût établie. Jusqu'à ce que la circulation du pédicule et celle de la base du lambeau se fussent prêtés un mutuel concours, le lambeau est demeuré insensible, flasque et à basse température dans la plus grande partie de sa surface. Ce n'est qu'exclusivement dans le pédicule que la sensibilité s'est conservée et est demeurée intacte. Aussi n'existait-il aucune communauté de fonctions entre la base du lambeau et son pédicule. Il n'y a eu de sensibilité réelle dans la surface de la greffe animale, que lorsque la circulation nouvelle a été établie entre les surfaces saignantes. — La sensibilité a été d'abord douteuse, puis obscure, et ensuite évidente. — Après la seconde opération ou déplacement du pédicule du lambeau, on voit ce pédicule devenir insensible après sa section. — La circulation ne se fait plus du tout par la place primitive où le lambeau avait été pris, puisqu'il s'en trouve complétement détaché : aussi une nouvelle circulation s'est-elle complétement créée entre le lambeau et les parties sur lesquelles il a été fixé. Dès lors ce sont de nouveaux vaisseaux qui établissent de nouveaux rapports entre les surfaces. Cette circulation nouvelle s'est perfectionnée avec le temps, c'est-à-dire que des vaisseaux ont pris des proportions plus considérables; aussi les piqûres du lambeau fournissent-elles du sang rouge avec la plus grande facilité. — Des nerfs ont dû se créer probablement aussi à la manière des vaisseaux, et se perfectionner en raison directe de la sensibilité. Voilà pourquoi, sans doute, la sensibilité suit progressivement le développement de la circulation. — Mais ce qu'il y a de fort remarquable dans ce renouvellement de sensibilité, c'est son apparition, son augmentation d'intensité en raison de la circulation, et dans un lieu où le lambeau n'offre plus aucune communication avec la région où il a été emprunté. En effet, il y a séparation vasculaire et séparation nerveuse complète entre les parties prothétiques et le lieu qui les a fournies, car la sensibilité est complétement rapportée par l'opéré au nouveau domicile du lambeau. Par conséquent, il s'est établi une communauté de sensibilité et de circulation avec la région réparée. Rien ne prouve mieux l'unité du système nerveux en ce qui a rapport à la sensibilité, quels que soient les rapports indirects des nerfs du lambeau avec les nerfs du point réparé.

Etudes eudiométriques sur les muscles et les nerfs, par M. Valentin. (Archiv. fuer physiologische keilkunde; Gazette médicale, p. 786.)

Sur le rôle des nerfs des glandes; glande parotide, par M. Bernard. (Société de biologie, mars; Gazette médicale, p. 197 et 383.)

Quel est le nerf qui, pour la glande parotide, produit, quand il est galvanisé, la sécrétion de cette glande? — Les anatomistes ont signalé comme nerfs de la parotide, des rameaux venant directement du facial, et d'autres venant du nerf auriculo-temporal. Les premiers n'ont point d'action sur la sécrétion, comme le prouve l'inefficacité de la section du nerf facial à sa sortie du trou stylo-mastoïdien. — Les rameaux qui viennent du nerf auriculo temporal, accompagnent l'artère maxillaire interne, et se dirigent sur cette artère, en sens inverse du cours du sang. Ce sont les filets actifs de la glande parotide, filets analogues à la corde du tympan qui anime la glande sous-maxillaire; filets nés comme elle du facial, et, comme elle, s'accolant à une branche du trijumeau.

Principes fondamentaux de l'histoire du système nerveux nutritif, par M. Samuel. (Journal de physiologie, p. 572.)

Quel est le vrai fondateur de la doctrine des mouvements réflexes? par M. Jeitteles. (Vierteljahrschrift für der praktische heilkunde; Gazette medicale, p. 191.)

L'auteur revendique cette découverte pour Prochaska; citations du *Adnotationum academicorum fasciculus tertius* (Prague, 1784), établissant que Prochaska a fondé, dans tout ce qu'elle a d'essentiel, la doctrine des mouvements réflexes.

Lobes olfactifs des mammifères, par M. Owsjannikow. (Académie des sciences, 27 février.)

Mémoire très-long sur la forme, la grandeur et la structure intime de ces organes. Les nombreux détails dont il se compose, en rendent impossible toute analyse.

Mémoire sur le rôle des sensations sur les mouvements, par M. Liégeois. (Gazette médicale, p. 4.)

Dans ce travail entrepris à propos des phénomènes présentés par une femme hystérique, on trouve une excellente analyse de tout ce qui a rapport au *sens musculaire*. — Les expériences faites sur les animaux, démontrent que les influences de la section des racines postérieures sur l'acte de la musculation sont doubles. Cette section, ou bien entraîne l'abolition des mouvements, ou

bien devient la cause de mouvements exagérés ou désordonnés. Ces troubles peuvent être assimilés aux deux variétés que présentent les malades hystériques atteintes de paralysie musculaire. — La cause de ces deux variétés paraît dépendre de la puissance cérébrale considérée au point de vue de la quantité de force nerveuse qu'elle cède aux muscles. — On a exagéré le rôle de la sensibilité musculaire en la regardant comme une sorte de dynamomètre destiné à régler tous les mouvements des muscles. Les mouvements de nature réflexe sont subordonnés à une impression tactile, et se font indépendamment de la sensibilité musculaire. Les organes des sens, et la vue en particulier, jouent le plus grand rôle dans l'exécution de nos mouvements habituels, en ce qu'ils fournissent à l'encéphale des notions que celui-ci met à profit pour régler ses mouvements. Le sens musculaire intervient surtout dans les appréciations du poids des corps et de leur consistance.

L'histoire des phénomènes observés chez une hystérique se trouve dans le même journal, p. 372.

Meyolèthe (*Oubli du muscle*), par M. Heurteloup.
(Académie des sciences, 22 janvier.)

Le système musculaire, dit l'auteur, est placé sous l'influence de l'appareil cérébro-spinal pour en recevoir la propriété, soit de se contracter sous l'empire de la volonté, soit de se contracter hors de l'influence de cette volonté, soit enfin de se contracter, partie sous l'influence de cette volonté, partie hors de l'influence de cette volonté. Tant que les relations entre ces deux systèmes d'organes sont à l'état normal et que rien ne nuit à l'influence du cerveau sur les muscles, la vie suit son cours sans incertitudes; mais, si une cause vient intervertir la tranquille influence de l'un de ces systèmes sur l'autre, alors il se produit des phénomènes qui ont souvent passé sous les yeux des médecins et des philosophes, sans recevoir d'explications positives. — L'arrêt de ces contractions est prompt ou lent à se produire, suivant la nature des causes. Il est aussi passager ou durable. — Lorsque cet arrêt est passager, il peut produire de graves désordres, suivant l'importance de la fonction qu'il intervertit. Lorsqu'il est durable, il produit des maladies chroniques ou des impuissances d'organes d'autant plus graves qu'elles ont toutes une liaison avec le cerveau. — L'étude approfondie de la meyolèthe conduit à d'utiles conclusions sous le rapport de la physiologie naturelle, de l'hygiène et de la thérapeutique, et ce phénomène me semble être la clef de la plupart des faits qui ont paru jusqu'à présent sortir des lois ordinaires qui régissent l'économie.

Défaillance nerveuse et fièvre dite *urétrale*, par M. Heurteloup. (Académie des sciences, 19 mars.)

La *défaillance nerveuse*, que je désigne ainsi pour la distinguer de cette défaillance que l'on attribue généralement à la cessation des mouvements du cœur, apparaît sous l'influence de circonstances diverses. Parmi ces causes, M. Heurteloup signale spécialement l'attouchement de l'intérieur de l'urètre comme produisant la défaillance et la produisant immédiatement. Les troubles nerveux que l'on observe dans la fièvre urétrale dérivent de la même cause; les accidents typhoïdes dont on surcharge celle-ci tiennent au traumatisme qui suit les opérations faites sur l'urètre ou dans la vessie. De là, recommandation d'éviter les distensions, les incisions, etc. des tissus, en usant des préceptes et des instruments proposés par l'auteur.

Expériences sur l'irritabilité musculaire et sur ses rapports avec la roideur cadavérique, par M. Heinike. (Deutscheklinik, Gazette médicale, 24 mars, p. 173.)

L'irritabilité musculaire est indépendante du système nerveux, car elle se maintient plus longtemps dans les muscles paralysés que dans ceux qui sont encore en rapport avec les nerfs (expériences confirmatives de celles de M. Brown-Séquard). C'est une propriété inhérente aux muscles et dont la mise en activité s'effectue par un irritant mécanique, chimique et électrique. — Toutes les fois que cette force est mise en action, c'est-à-dire à chaque contraction musculaire, elle perd de son énergie, mais elle se répare pendant la vie et conserve encore, après la mort, une certaine dose d'activité. Peu de temps après la cessation totale de cette irritabilité musculaire commence la roideur cadavérique. — La perte d'une portion de l'irritabilité, occasionnée par les mouvements, est la cause que, dans les muscles paralysés et dans ceux qu'une autre cause a empêchés de se contracter, la cessation de l'irritabilité et la roideur cadavérique arrivent plus tard que dans les muscles qui peuvent encore se contracter quelque temps avant la mort. — Plus les mouvements que ces derniers opèrent avant la mort sont violents, plus la roideur se montre en eux de bonne heure. — Ainsi la roideur cadavérique se montre d'autant plus tard après la mort que le degré d'irritabilité était plus prononcé dans les muscles au moment de la mort.

Cellules ganglionnaires dans le muscle ciliaire chez l'homme, par M. Müller. (Verhandlungen der physicalisch-medizinischen gesellschatf in Wurzburg; Gazette médicale, p. 784.)

Ces cellules, semblables aux cellules ganglionnaires, se rencontrent dans les branches de premier et de second ordre qui résultent de la division des nerfs ciliaires à leur entrée dans le muscle de même nom. Les dernières divisions des mêmes nerfs présentent souvent des renflements semblables à des cellules bipolaires.

Sur les muscles lisses et les plexus nerveux de la choroïde dans l'œil humain, par M. Müller. (Verdandlungen der physicalisch-medizinischen gesellschaft in Wurzburg; Gazette médicale, p. 784.)

Ces fibreslisses, très-difficiles à voir, existent principalement le long du trajet des artères; il y a toujours en même temps un plexus quelquefois très-riche de faisceaux nerveux composé de nerfs à contour ombré ou de nerfs pâles avec cellules ganglionnaires éparses.

Mécanisme de la vision simple et en relief avec deux yeux, par M. Giraud-Teulon. (Académie des sciences, 2 juillet.)

L'unité de la vision binoculaire est due à ce que deux directions, deux axes secondaires quelconques jouissent, relativement au point sur lequel ils se rencontrent de la même propriété que les axes optiques principaux, eu égard au point de vue. Ils fixent, pour l'observateur, la position relative des points auxquels ils correspondent avec la même précision dont sont investis les axes principaux pour déterminer le point de vue. En un mot, tous les axes secondaires du cristallin sont des axes optiques qui se comportent entre eux comme les axes polaires eux-mêmes.

Influence des verres de lunettes couvexes ou concaves sur la fonction visuelle, par M. Giraud-Teulon. (Académie des sciences, 20 février.)

M. Giraud-Teulon s'occupe d'abord de la presbytie dans ses rapports avec les verres convexes. — Le verre de lunettes convexe, considéré monoculairement, a pour but et pour effet de diminuer la divergence des rayons incidents à la cornée; en d'autres termes, d'éloigner *virtuellement* un objet relativement trop rapproché en le reportant au delà de la limite inférieure du champ de la vision distincte du sujet. Dans la vision binoculaire, en supposant les verres appliqués centre pour centre au-devant de chaque pupille, l'objet sur lequel est fixé le double regard est représenté pour chaque œil par une image virtuelle relativement éloignée, eu égard à la position réelle de l'objet. Le lieu

occupé par ces images est en outre, pour chaque œil, sur le prolongement de son axe optique, dirigé lui-même vers l'objet. A moins que les yeux ou l'instrument ne corrigent cette relation, il y a diplopie croisée. Or, les verres étant en rapport centre pour centre avec les pupilles, tout est symétrique de leur part; comme, d'un autre côté, la vue de l'objet n'est pas double, ce sont donc les yeux qui, par leur propre force autocratique, détruisent la diplopie théorique et amènent la fusion des doubles images virtuelles. — Comme la diplopie est croisée, cette correction ne peut avoir lieu que par un mouvement de convergence mutuelle des axes optiques ; il y a donc une dissociation flagrante entre le degré de l'accommodation de distance, ou monoculaire, et l'accommodation d'angle ou de position, l'accommodation binoculaire. Les muscles extrinsèques qui président à cette dernière, et le muscle ciliaire auquel est confiée l'adaptation, au lieu d'obéir à la même mesure d'action concordante et harmonique établie par la nature, sont en complet désaccord ; la pression des premiers pèse synergiquement sur la contraction ciliaire active dans le sens de la vue rapprochée ou myope. C'est ce qui explique la production étiologique de la myopie acquise, premier degré de l'amblyopie paralytique ; de là aussi l'enchaînement de l'accommodation à la suite de l'usage prolongé des verres concaves à forte courbure. — L'inconvénient des verres convexes centre pour centre devient *à fortiori* plus marqué dans l'emploi des régions des mêmes verres faisant fonction de prismes à sommet interne, le désaccord observé dans le premier cas croissant de la valeur de l'angle de déviation des pressions, lequel reporte encore plus en dedans le rayon réel émané de l'objet. — Il en est tout autrement de l'emploi des régions prismatiques externes, qui dévient en dehors ou vers leur sommet le rayon réel, et le rapprochent ainsi, et jusqu'à le faire coïncider avec elles, de la direction virtuelle fusionnée. En d'autres termes, la vision binoculaire s'appliquant aux régions prismatiques externes des verres convexes, les yeux sont déchargés par elle de tout travail ayant pour objet la fusion des images virtuelles théoriquement doubles. — Tous ces points démontrés par l'expérimentation directe, une analyse fondée sur la même méthode, et ayant pour objet de déterminer dans la myopie les rapports de l'usage des verres concaves avec la vision binoculaire conduit à des résultats de même ordre. La conclusion finale de ces recherches peut se formuler ainsi : — Pour rétablir l'accord entre les deux accommodations de distances et d'angles dont l'absence a causé tant et de si graves affections fonctionnelles des yeux, il suffit d'enlever à toutes les lunettes convexes ou concaves la moitié intérieure de chaque verre, et de faire ensuite correspondre le centre pupillaire avec le

milieu de la surface restante, ce qui se fera très-simplement et au grand avantage de l'unité, en coupant une lentille en deux et en mettant dans les deux montures chaque moitié en regard l'une de l'autre par leur diamètre commun ou par leur centre.

Mémoire publié *in extenso* dans la Gazette médicale, p. 109 et 123.

Des différences individuelles de la réfraction de l'œil, par M. Dor. (Journal de physiologie, p. 477.)

Fluorescence des milieux transparents de l'œil, par M. Regnauld. (Académie de médecine, 10 janvier.)

Nous avons donné le résumé de ce Mémoire dans l'*Annuaire*, T. III, p. 45.

Théorie de l'œil, par M. Vallée. (Académie des sciences, 5 novembre.)

L'auteur, dans ce travail, s'attache à démontrer, 1° que le cristallin de l'œil, formé de couches très-minces, comparé à un corps transparent composé de lobes infiniment minces, ne peut donner à la rencontre de la rétine ni un rayon central, ni des foyers, ni un intervalle focal, comme Sturm l'a admis, ce qui renverse totalement la théorie qu'il a présentée; 2° qu'il faut admettre comme conséquence de ce qui précède que les images du fond de l'œil sont produites par des foyers confus.

Etudes chimiques et physiologiques sur les os, par M. Milne-Edwards. (Thèses de Paris, n° 136.)

Ce travail remarquable, où se trouvent de nombreuses expériences faites par l'auteur, peut ainsi se résumer : — La substance osseuse est le résultat de la combinaison de l'osséine avec les sels calcaires de l'os; — La gélatine peut former une combinaison chimique particulière avec le phosphate de chaux basique; — C'est essentiellement ce composé chimique qui paraît constituer le tissu osseux ; —Le carbonate de chaux des os paraît n'être en majeure partie qu'un produit de la décomposition du phosphate, décomposition effectuée par les liquides de l'organisme; — Les variations que l'on rencontre dans le rapport des proportions de phosphate et de carbonate de chaux contenus dans les os dépendent, d'une part, de la période plus ou moins avancée de la décomposition nutritive de l'os ; d'autre part, de l'équilibre entre la rapidité de cette décomposition et la rapidité de la résorption des produits décomposés; — Chez l'enfant, la propor-

tion de carbonate de chaux est moins considérable que chez l'adulte et le vieillard; — Les os que l'on peut considérer comme de formation récente, tels que le tissu adventif développé à la suite de blessures du périoste, de la section des nerfs de l'os, le cal, etc., sont moins riches en carbonate que les os arrivés à leur état de développement parfait; — Le tissu spongieux, tissu en voie de résorption, contient plus de carbonate de chaux que le tissu compacte; — Chez l'enfant, la proportion des matières terreuses est moins forte que chez l'adulte; mais cette variation ne paraît pas dépendre d'une différence dans la nature de la substance osseuse, et semble tenir simplement au rapport qui existe dans l'os entre la proportion de cette substance comparée à celle des vaisseaux ; — L'influence du régime peut se faire sentir sur la composition des os. Des chiens soumis à un régime succulent et sucré ont présenté moins de matières terreuses et particulièrement moins de carbonate de chaux que des chiens nourris exclusivement de viande et de matières grasses, tous ces animaux recevant du phosphate de chaux à discrétion; — L'arrêt du cours du sang ne paraît pas agir sur la composition chimique des os; — Les variations que l'on rencontre entre la composition des os d'individus différents d'une même espèce sont souvent plus considérables que celles que l'on voit exister entre les os des animaux de divers groupes zoologiques; — Contrairement aux assertions de M. Al. Friedleben, la chondrine et la gélatine, ainsi qu'on l'admettait avant lui, sont bien des substances différentes.

Sur la nutrition des os, par M. Budge. (Deutsche klinik; Gazette médicale, p. 172.)

Par l'alimentation avec la garance, on n'obtient pas les zones alternativement colorées et blanches; les canalicules médullaires étaient seuls colorés en rouge. — L'expérience de l'anneau, répétée par l'auteur, a donné des résultats différents ; elle ne prouve pas la formation des os par couches successives.

Note sur la coloration des os du fœtus par l'action de la garance mêlée à la nourriture de la mère, par M. Flourens. (Académie des sciences, 4 juin.)

En nourrissant des femelles pleines avec de la garance pendant les quarante-cinq derniers jours de la gestation, l'auteur a vu les os du fœtus devenir rouges tout comme ceux de la mère. Les choses se sont passées absolument chez ces fœtus comme elles se passent dans les animaux nourris eux-mêmes avec la garance. Preuve évidente de la communication du sang de la mère avec celui du

fœtus. — M. Coste, à cette occasion, a signalé à l'Académie un fait curieux de la coloration transmise par la mère, non point à l'embryon ou au fœtus dévoloppé, mais à l'œuf lui-même et à la substance du germe, avant que cette substance ait subi aucune des transformations dont elle doit devenir le siége, pour créer les premiers linéaments de l'être nouveau. M. Coste voit dans ce fait « un témoignage visible de la manière dont l'hérédité marque chaque être d'une empreinte originelle, et introduit, avec la vie, les éléments de la santé ou de la maladie, selon que ces éléments proviennent d'une source pure ou impure. »

Action de la garance sur les œufs de poule et sur les dents des mammifères, par M. Joly. (Académie des sciences, 16 juillet.)

M. Joly expose les résultats de nouvelles expériences concernant l'action de la garance sur les œufs de poule et sur les dents des mammifères. Ces résultats l'ont amené à conclure : — Que le sang qui porte à l'ovaire les matériaux de l'œuf y porte aussi le principe colorant dont il est chargé; — Que la membrane muqueuse de l'oviducte est elle-même imprégnée de ce principe; — Que chez les mammifères les dents sont colorées tout aussi bien dans leur partie éburnée que sur l'émail, qui offre seulement une teinte un peu moins foncée que l'ivoire.

Régénérations osseuses.

Nous renvoyons au chapitre des affections des os l'examen des travaux publiés sur cette importante question.

Colonne vertébrale chez une femme hottentote, par M. Lambl. (Académie des sciences, 10 septembre.)

Elle présente une particularité, dont le trait dominant est qu'à la cinquième vertèbre lombaire l'arc est détaché du corps de la vertèbre au point de la portion interarticulaire, c'est-à-dire entre l'apophyse supérieure et inférieure; ce qui entraîne quelques modifications dans d'autres parties du squelette, et paraît avoir été en rapport avec un certain état des parties molles, état signalé, d'ailleurs, chez d'autres femmes également du continent africain, mais appartenant à des races différentes. L'anomalie en question, rare en Europe, s'est présentée dans quelques cas pathologiques ou tératologiques.

Anatomie et physiologie du tissu élastique, par M. Sée. (Thèses de Paris pour l'agrégation, in-8, 68 pages.)

Cette thèse est divisée en deux parties, une partie générale et une partie spéciale.

Chacune comprend deux sections, l'une consacrée à l'anatomie, l'autre à la physiologie. Dans une première section, l'auteur étudie tout ce qui tient à l'anatomie générale du tissu élastique : il y passe successivement en revue les caractères physiques, morphologiques et histologiques du tissu élastique, ses caractères chimiques, sa distribution dans les divers systèmes organiques, ses connexions avec les autres tissus, et enfin son développement. La deuxième section comprend l'étude générale des attributs physiologiques du tissu élastique, de ses usages et de ses fonctions. — Dans la seconde partie, l'auteur examine, au point de vue du sujet qu'il a à traiter, les divers appareils, et il termine en indiquant le rôle spécial que le tissu élastique est destiné à jouer dans les différents organes qu'il concourt à former.

Albinisme accidentel et partiel chez des nègres, par MM. Newton et Dowler. (Gazette hebdomadaire, p. 44.)

Observation de M. Newton ; elle n'a aucune valeur, faute de détails suffisants. On rapporte, à la suite, des exemples de cicatrices blanches chez des nègres, et de taches blanchâtres existant sur une peau complétement noire.

Epiderme chez un nègre, par M. G. Pouchet. (Académie des sciences, 18 juin.)

Un nègre de Gorée était atteint d'un abcès situé à la face palmaire de la main gauche. Le malade offrait une particularité probablement individuelle, puisque, contrairement à ce qu'on observe chez les nègres, où l'intérieur de la main est très-peu coloré, chez celui-ci la peau offrait une teinte noire bien prononcée.—A la suite de l'ouverture qu'on dut pratiquer, on appliqua des cataplasmes qui provoquèrent la chute de l'épiderme. Cet épiderme était blanc, et c'est ce qu'ont constaté en pareil cas tous les observateurs. Mais en même temps que l'épiderme avait été enlevée une couche fortement pigmentée, de sorte que, sauf dans quelques sillons de la peau, on ne retrouvait plus la teinte noire primitive.

Je suivis avec soin, dit M. Pouchet, le développement de la nouvelle couche épidermique ; elle fut d'abord d'un blanc mat absolu, voilant peu à peu la teinte rosée du tissu vasculaire dermique. Puis après quelques jours, quand elle eut pris une certaine épaisseur, le blanc se ternit tout à coup et tourna rapidement au noir.

Du gubernaculum testis et de la descente du testicule, par M. Rouget. (Journal de la physiologie de l'homme et des animaux, t. III, nº 11.)

Le *gubernaculum testis* se compose : 1° d'un cordon central constitué par des vaisseaux, des nerfs, du tissu cellulaire; 2° de faisceaux musculaires striés ; 3° de faisceaux musculaires lisses ; 4° d'un revêtement péritonéal.— Les faisceaux musculaires striés (plus tard le crémaster), ne s'insèrent pas au testicule ; arrivés à la queue de l'épididyme, ils décrivent des anses et redescendent vers l'anneau inguinal ; ils sont une dépendance des muscles larges de l'abdomen ; on peut suivre, chez un fœtus, toutes les transitions entre les faisceaux propres du transverse et les anses du muscle strié du gubernaculum, dont les insertions sont les mêmes que celles du transverse. — Les fibres musculaires lisses forment, sous le péritoine, un revêtement au crémaster; seules, elles adhèrent réellement au testicule et à l'épididyme : elles sont une dépendance du muscle propre du testicule et du cordon. — Chez l'embryon, la contraction du crémaster ne peut amener le testicule que jusqu'à la partie moyenne du canal inguinal. C'est la contraction des parois musculaires de ce canal qui chasse le testicule en dehors, et c'est par une rétraction lente des faisceaux fibreux et non musculaires que le cordon central (ligament du testicule) attire au fond des bourses le testicule déjà sorti de l'anneau inguinal.

Des ovaires, de l'utérus. — Considérations anatomiques et physiologiques, par M. Meleux. (Thèses de Paris, nº 233.)

Pour l'auteur, dans le système génital interne, l'ovaire est l'organe principal, l'organe chef. — L'utérus n'est qu'une annexe de l'ovaire. — Il n'est qu'un réservoir formé par le renflement des deux oviductes accolés. — Au point de vue physiologique, l'ovaire tient le premier rang. — Dans la menstruation, l'utérus ne joue qu'un rôle passif. — Les caractères du sexe se tirent de l'ovaire et sont indépendants de l'influence de l'utérus.

Recherches sur la structure des trompes, par M. Hélie. (Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure ; Gazette médicale, p. 410.)

Ce mémoire a été fait surtout pour prouver que la muqueuse de la trompe peut être le siége d'hémorrhagies et que le sang, s'écoulant par l'orifice abdominal, peut être la cause de l'hématocèle péri-utérine.

Embryogénie, par M. Serres. (Académie des sciences, 3 et 24 septembre.)

Il résulte des recherches de M. Serres sur le développement du

poulet, que jusqu'à la moitié du premier jour de l'incubation, aucune partie de l'embryon ne commence à se former; ce n'est que vers la quinzième heure qu'on en aperçoit les premiers rudiments, et ces premiers rudiments sont, en premier lieu, les deux plis primitifs, conformément à la loi de symétrie, et, en second lieu, la ligne secondaire qui vient s'interposer entre eux conformément aussi à la loi d'homœozygie. — L'auteur s'est proposé, dans la seconde note, de démontrer l'absence des rudiments de la corde dorsale dans le premier jour de la formation de l'embryon, et la viduité primitive de la ligne secondaire. — Dans une troisième note (16 octobre), relative à la formation primitive de l'axe cérébro-spinal et au développement de la corde dorsale et du canal vertébral, M. Serres dit : Que l'axe cérébro-spinal du système nerveux est le premier des organes qui se détache de la substance plastique qui constitue l'embryon ; — Que, par suite de cette *primogéniture*, son mode de formation devient le type de la formation des autres organismes; — Que les noyaux vertébraux par lesquels débute le canal osseux qui doit encaisser l'axe cérébro-spinal sont constamment doubles; — Que les parties de ces demi-noyaux qui doivent constituer le corps de la vertèbre sont réunies en avant par une lame fibreuse dont la transformation osseuse complète le corps de chaque vertèbre ; — Que sur l'axe de réunion des demi-noyaux des corps vertébraux apparaît un filament cartilagineux dans une gaîne fibreuse; — Que ce filament cartilagineux qui constitue la *corde dorsale* est continu, et ne présente pas les intersections qui caractérisent la colonne vertébrale des animaux vertébrés; — Enfin, on peut en déduire la probabilité que, dans l'hystogénie microscopique, l'organisation paraît suivre dans l'arrangement de ses éléments les règles qui lui sont propres pour les organes eux-mêmes.

Principes d'embryogénie, de zoogénie et de tératogénie, par M. Serres. (Paris, Firmin Didot, in-4, xv-343 pages.)

Influence de l'ivresse sur la fécondation, par M. Demeaux. (Académie des sciences, 8 octobre.)

Il résulte d'un certain nombre de faits observés par l'auteur, que l'état d'ivresse chez l'homme, au moment de la conception, devient fréquemment une cause d'épilepsie pour le produit qui en provient. — Sur trente-six malades, soumis dans le délai de douze ans à mon observation et dont j'ai pu connaître l'histoire, je me suis assuré que cinq d'entre eux ont été conçus, le père étant dans un état d'ivresse; j'ai apporté, dans mes investigations tout le soin, toutes les convenances, toute la réserve que comporte un pareil sujet, et mon assertion est basée sur les déclara-

tions formelles des parents.— J'ai observé dans une famille deux enfants atteints de paraplégie congénitale, et je me suis assuré par les aveux de la mère, que la conception avait eu lieu pendant l'ivresse.—Chez un jeune homme de dix-sept ans, atteint d'aliénation mentale, chez un enfant idiot âgé de cinq ans, je retrouve encore la même cause. — De ces faits, je me crois autorisé à conclure que l'état d'ivresse exerce dans la génération une influence funeste ; que cette influence porte principalement son action sur les centre nerveux du produit qui provient d'une conception opérée dans ces conditions anormales.

M. Dehaut (28 octobre) cite deux exemples d'épileptiques, dont la maladie paraît tenir à ce que le père était en état d'ivresse, au moment du coït fécondant.

M. Vousgier (10 décembre) annonce que deux faits parvenus à sa connaissance confirment les idées émises à ce sujet par M. Demeaux.

De la superfécondation et de la superfétation, par M. Kussmaul. Deutsche zeitschrift fur die staatsarzneikunde; Gazette médicale, p. 768.)

Il y aurait superfétation si un œuf de la deuxième ou d'une autre période d'ovulation de la grossesse pouvait être fécondé ; mais jusqu'à présent la possibilité de cette fécondation n'est pas établie d'une manière certaine chez la femme, parce qu'il n'est pas prouvé que l'ovulation persiste, en général, pendant la grossesse, et que tous les cas reconnus jusqu'ici pour des superfétations peuvent recevoir une autre interprétation.— On ne possède jusqu'à présent aucune observation certaine d'une superfétation particulière dans la grossesse extra-utérine. — On ne possède pas de faits positifs qui prouvent qu'une femme dont la matrice renfermait un fruit mort ait pu concevoir. — Ni la caduque ni les mucosités qui obstruent la cavité du col utérin ne sauraient être considérées comme un obstacle absolu à la superfétation dans les utérus simples ou doubles. — Le seul obstacle qui puisse s'opposer au passage de la semence dans un utérus simple à l'état de gestation est l'œuf lui-même, quand il remplit la cavité utérine et qu'il bouche les ouvertures des oviductes. Dans les matrices doubles, il n'y a rien qui puisse s'opposer au passage de la liqueur séminale dans la moitié vide, pendant toute la durée de la grossesse. — Les faits les plus probants de superfétation sont ceux qui concernent la naissance de jumeaux à terme, à des intervalles très-éloignés l'un de l'autre, quelquefois même de plusieurs mois. Mais ces faits peuvent être considérés comme des naissances de jumeaux dont l'un était hâtif et l'autre tardif, c'est-à-dire dont l'un a employé moins que le temps normal et l'autre plus que ce temps pour son développement complet.

De la fécondation, par M. Bruch. (Thèses de Strasbourg.)

Mémoire sur la structure intime de la vésicule ombilicale chez les mammifères, par M. Robin. (Académie des sciences, 22 octobre.)

Les anatomistes et les embryogénistes qui ont décrit la vésicule ombilicale se bornent à dire, en parlant de sa structure, qu'elle est constituée par le feuillet muqueux du blastoderme. Aucun ne s'est préoccupé de la comparaison des éléments anatomiques qui composent les parois de cet organe avec ceux de l'amnios, de la tache embryonnaire et des tissus du fœtus qui succèdent à cette tache. — Les résultats de cette comparaison sont cependant importants. Les cellules qui, par leur juxtaposition et leur cohérence, constituent les feuillets du blastoderme, ne sont pas seulement dissemblables d'un feuillet à l'autre de cet organe comme on le savait; elles sont, en outre, d'espèce différente dès leur origine et pendant toute la durée de leur existence dans la partie dite *tache embryonnaire* et dans celle qui, continue avec elle, formera bientôt l'amnios d'une part et la vésicule ombilicale de l'autre. Dès l'apparition des diverses parties du blastoderme, on peut constater des différences de texture entre celles dont vont provenir les organes définitifs et permanents de l'embryon et celles qui forment les organes temporaires ou transitoires du fœtus. Ainsi il n'y a pas similitude entre toutes les cellules du blastoderme ; le nom de *cellules embryonnaires* ne doit plus être considéré comme servant à désigner une seule espèce d'éléments anatomiques, mais il doit avoir un sens générique et il s'applique à plusieurs espèces d'éléments ayant les caractères de cellules.

Rétraction des vaisseaux ombilicaux chez les mammifères, et sur le système ligamenteux qui leur succède, par M. Ch. Robin. (Académie des sciences, 21 mai.)

On sait que, vue par sa face péritonéale, la paroi antérieure de l'abdomen montre pendant la vie intra-utérine quatre organes importants qui convergent vers l'ombilic dans lequel ils s'accolent, l'un en haut qui est la veine, l'autre en bas (l'ouraque), et deux artères sur les côtés vers le fond du bassin. — Cette disposition anatomique, des plus frappantes sur tous les fœtus de mammifères, est directement ou implicitement considérée comme persistante, c'est-à dire comme se retrouvant chez l'adulte, sauf les modifications dues à l'oblitération et à la diminution de volume des vaisseaux. Il n'en est pourtant rien : ils ne conservent aucune connexion directe avec l'ombilic. — Les uns ne conservent aucune trace de relation avec l'anneau ombilical et se retirent complétement vers le tronc vasculaire avec lequel ils sont

en continuité de tissu : c'est ce qu'on observe pour les artères sur la plupart des mammifères, tels que les carnassiers, les rongeurs, les ruminants, les solipèdes. — D'autres fois, comme chez l'homme, ils restent tous en relation avec l'ombilic ; mais ces rapports sont indirects et des plus remarquables, c'est-à-dire représentés par des faisceaux ligamenteux, développés au fur et à mesure que le bout des vaisseaux s'écarte de l'anneau. — Pendant la durée du développement extra-utérin, il se passe par conséquent entre l'anneau ombilical et le bout des vaisseaux, ainsi que sur ceux-ci, une série de phénomènes qui ont pour conséquence l'apparition chez l'adulte de dispositions anatomiques essentiellement distinctes de celles qui existent chez les fœtus. — Le phénomène primitif consiste en une rétraction des artères et des veines ombilicales dont les extrémités s'éloignent ainsi de l'anneau ; mais cet éloignement est dû bien davantage encore à ce que ces vaisseaux, ainsi que l'ouraque, sans cesser de s'accroître pourtant, grandissent moins que les parois abdominales, se trouvent bientôt placés loin du centre commun, auquel ils ont cessé d'être directement adhérents. — Après que les vaisseaux se sont divisés en partie extra-abdominale qui tombe, et partie intra-abdominale qui continue à vivre, l'extrémité de ceux-ci ne reste pas en place, fixée à l'ombilic. En vertu de leur élasticité propre, ils se rétractent dans le sens de leur longueur, bien qu'ils aient déjà diminué de calibre depuis qu'ils ne sont plus parcourus par du sang. En diminuant de longueur, les parois vasculaires, celles des artères, surtout, augmentent d'épaisseur, d'où résulte que le bout de l'artère, en voie de rétraction est parfois un peu plus gros qu'avant l'accomplissement de ce phénomène, surtout quand un caillot d'un certain volume se trouve à ce niveau dans l'artère. — Cette rétraction commence dans les artères, avant d'avoir lieu sur la veine. Elle commence parfois dans les artères aussitôt qu'elles se sont divisées avant même la chute du cordon, c'est-à-dire avant que son épiderme et son tissu gélatiniforme desséchés se soient séparés des tissus vasculaires cutanés, et enfin, avant que l'on puisse invoquer l'accroissement des parois abdominale comme cause de l'écartement qui se produit entre le bout des artères et l'anneau ombilical. Ce n'est que plus tard qu'intervient cette cause d'écartement. — La rétraction s'opère de haut en bas pour les deux artères et le cordon de l'ouraque, et de bas en haut pour la veine. — Comme, en outre, ces vaisseaux revenus sur eux-mêmes et vides ne grandissent pas autant que les parois abdominales, il en résulte que le bout des artères primitivement engagé dans l'ombilic, et décrit comme y restant attaché, se voit bientôt sur les côtés de la vessie, plus haut ou plus bas que son sommet, au-dessous, au-dessus ou au niveau de l'arcade pubienne, à une distance qui varie selon les sujets et

suivant les âges de 5 à 14 centimètres. — Le bout de la veine ombilicale se voit dans le repli péritonéal, dit *ligament suspenseur du foie*, à une distance de l'ombilic qui varie de 3 à 10 centimètres chez l'adulte.

L'auteur a publié sur le même sujet :

— Note sur le caillot sanguin qui se produit au bout des artères ombilicales après la chute du cordon, par M. Robin. (Société de biologie, mai 1860; Gazette médicale, p. 385.)

— Note sur quelques particularités de la structure du cordon vers l'ombilic et des phénomènes dont il est le siége à la naissance, par M. Robin. (Société de biologie, mai 1860; Gazette médicale, p. 386.)

— Note sur les ligaments qui succèdent à l'ouraque, par M. Ch. Robin. (Société de biologie, octobre 1860; Gazette médicale, p. 754.)

Sur le mode de développement des ligaments qui relient entre eux l'ombilic et ses vaisseaux, par M. Ch. Robin. (Société de biologie, octobre 1860; Gazette médicale, p. 755.)

Microscopie atmosphérique, par M. Pouchet. (Académie des sciences, 16 avril.)

M. Pouchet donne la description d'un appareil qui permet de rassembler dans un espace infiniment petit tous les *corpuscules* normalement invisibles *contenus dans un volume d'eau déterminé*. Le moyen employé par M. Pouchet consiste à faire arriver l'air, appelé par un inspirateur, à l'aide de la pointe très-affilée d'un tube, sur une lame de verre, où les corpuscules de l'air se déposent par le même mécanisme que l'appareil de Marsh étend sur une lame de porcelaine des particules de métal qui en sortent. Les expériences faites à l'aide de cet appareil démontrent une fois de plus, suivant M. Pouchet, que cette abondance des germes dans l'air, dont on a tant parlé, n'existe en réalité pas.

Générations spontanées, par M. Pasteur. (Académie des sciences, 7 mai.)

Il résulte de ces nouvelles recherches que des vibrions peuvent naître dans le lait qui a subi une ébullition de plusieurs minutes à la température de 100 degrés, bien que cela n'arrive pas pour l'urine ni pour l'eau sucrée albumineuse. Mais, si l'on pratique l'ébullition de 110 à 112 degrés, sous la pression d'une atmosphère et demie, jamais le lait ne donne d'infusoires. Par conséquent, s'ils prennent naissance dans la première disposi-

tion des expériences, c'est que la fécondité des germes des vibrions n'est pas entièrement détruite, *même au sein de l'eau*, à une température de 100 degrés pendant quelques minutes, qu'elle l'est davantage par une ébullition plus prolongée à cette température, et supprimée entièrement à la température de 110 à 112 degrés.—Dans ces conditions spéciales d'ébullition, où le lait, au contact de l'air calciné, ne donne jamais d'infusoires, ce liquide ne se caille pas; il reste alcalin et conserve toutes les propriétés du lait frais. Si ensuite on fait passer dans ce lait resté pur les poussières de l'air, il s'altère, se caille, et le microscope y montre des productions diverses, animales et végétales. —La théorie des ferments généralement admise, ajoute M. Pasteur, me paraît donc de plus en plus en désaccord avec l'expérience. Le ferment n'est pas une substance morte, sans propriétés spécifiques déterminées; c'est un être dont le germe vient de l'air; ce n'est pas une matière albumineuse que l'oxygène a altérée. La présence des matières albumineuses est une condition indispensable de toute fermentation, parce que le ferment a besoin d'elles pour vivre; elles sont nécessaires à titre d'aliment du ferment. Le contact de l'air commun à l'origine est également une condition indispensable des fermentations, mais c'est à titre de véhicule des germes des ferments.

Genèse des proto-organismes dans l'air calciné à l'aide de corps putrescibles portés à la température de 150 *degrés*, par M. Pouchet. (Académie des sciences, 4 juin.)

Il résulte de ces nouvelles expériences, que les organismes peuvent se développer dans de l'air calciné, où l'on a placé des corps putrescibles, préalablement portés à la température de 130 degrés.

Nouvelles expériences relatives aux générations dites *spontanées*, par M. Pasteur. (Académie des sciences, 3 septembre.)

Cette note a trait à la dissémination des germes; par des expériences nouvelles, M. Pasteur arrive aux résultats suivants.

— En résumé, dit-il, nous voyons que l'air ordinaire ne renferme que çà et là, sans aucune continuité, la condition de l'existence première des générations dites spontanées. Ici il y a des germes; à côté, il n'y en a pas; plus loin il y en a de différents. Il y en a peu ou beaucoup, selon les localités. La pluie en diminue le nombre. Pendant l'été, après une succession de beaux jours, il y en a considérablement; et là où il y a un grand calme prolongé de l'atmosphère, les germes sont tout à fait absents, et la putréfaction n'existe pas, du moins pour les liquides sur lesquels j'ai opéré. — Mais comment se fait-il que, dans l'expé-

rience des grains de raisin de Gay-Lussac, la levûre de bière prenne naissance à la suite de l'introduction d'une très-petite portion d'air; et que si l'on répète cette même expérience sur des infusions diverses, on voit celles-ci s'altérer sous l'influence de quantités d'air minimes, bien plus, par l'introduction d'air calciné ou d'air artificiel, car les expériences de M. Pouchet, effectuées sur la cuve à mercure, sont exactes, tandis que celles de Schwann y sont presque constamment erronées ? C'est tout simplement que le mercure est à profusion rempli de germes.

Générations dites *spontanées*, par M. Pasteur. (Académie des sciences, 5 novembre.)

M. Pasteur a établi, par des expériences nombreuses, qu'il n'y a pas dans l'atmosphère continuité de la cause des générations dites spontanées, c'est-à-dire qu'il est toujours possible de prélever en un lieu déterminé un volume notable, mais limité, d'air ordinaire, n'ayant subi aucune espèce de modification physique ou chimique et tout à fait impropre néanmoins à provoquer une altération quelconque dans une liqueur éminemment putrescible. De là ce principe que la condition première de l'apparition des êtres vivants dans les infusions ou dans les liqueurs fermentescibles n'existe pas dans l'air considéré comme fluide, mais qu'elle s'y trouve çà et là, par places, offrant des solutions de continuité nombreuses et variées, comme on doit le prévoir dans l'hypothèse d'une dissémination des germes. Il était curieux de suivre les idées que suggèrent ces résultats, en soumettant l'air pris à des hauteurs diverses au même mode d'expérimentation. C'est ce qu'a fait M. Pasteur. — Il présente trois séries de flacons remplis de matières putrescibles et d'air puisé à trois hauteurs différentes; celui de la troisième série a été puisé au Montanvert, près de la mer de Glace, à 2,000 mètres au-dessus du niveau de la mer. Dans la série de flacons dont l'air a été puisé à une faible hauteur, il s'est développé des corps organisés dans presque tous les flacons; dans la série où l'air a été puisé à une hauteur moyenne, le nombre de flacons où se sont développés des organismes a été moins grand; enfin sur les flacons de la troisième série (au nombre de vingt comme ceux des deux autres), un seul a présenté une altération du liquide putrescible. D'où M. Pasteur conclut, comme de ses précédentes expériences, que le développement des organismes est dû à des germes répandus dans l'air.

Etudes sur les animaux ressuscitants. Rapport à la Société de biologie, par M. Broca. (Paris, A. Delahaye, in-8, 147 pages et planche; et Gazette médicale, p. 426.)

Nous nous faisons un devoir de reproduire, malgré leur lon-

gueur, les conclusions de ce remarquable rapport. — Les animaux dits *réviviscents* sont ceux qui peuvent être ranimés par l'humectation après avoir perdu, par suite d'une dessiccation plus ou moins complète, toutes les apparences, toutes les manifestations de la vie. — Lorsqu'ils sont plongés dans un milieu humide, ils vivent comme les animaux ordinaires, ils ne s'en distinguent par aucun caractère anatomique ou physiologique, et ne peuvent alors supporter sans périr définitivement une température supérieure à 50 degrés. — Lorsqu'ils ont été privés de toutes les apparences de la vie par une dessiccation naturelle à l'air libre, ils peuvent supporter des températures beaucoup plus élevées, sans perdre leur propriété de réviviscence. — Ils peuvent alors subir de brusques changements de température, et franchir *tout à coup* une intervalle de près de 100 degrés (de — 17-6 à + 78°) sans perdre leur propriété de réviviscence. (Pouchet, exp. X.) — Les procédés les plus parfaits de dessiccation artificielle à froid ne suffisent pas toujours pour enlever à ces animaux leur propriété de réviviscence. — Leur résistance aux températures élevées paraît s'accroître d'autant plus qu'ils ont été plus complétement desséchés d'avance.—Toutes les espèces réviviscentes ne résistent pas au même degré à la dessiccation artificielle et aux températures élevées. — Des animaux de la même espèce, suivant le milieu où ils ont été élevés, peuvent présenter sous ce rapport des différences très-considérables; ceux qui ont vécu dans un milieu habituellement humide résistent moins que ceux qui ont vécu dans un milieu habituellement sec. — Les anguillules des tuiles perdent leur propriété de réviviscence plus aisément que les tardigrades et les rotifères; et ceux-ci paraissent doués d'une résistance supérieure à celle des tardigrades. — Nous avons vu une grosse anguillule, chauffée pendant trente minutes à 78 degrés dans l'étuve de M. Pouchet, se ranimer après l'humectation. — Les tardigrades émydiums, et surtout les tardigrades macrobiotes, ont pu se ranimer après avoir subi pendant cinq minutes une température de 98 degrés dans l'étuve de M. Doyère. — Les rotifères peuvent se ranimer après avoir séjourné quatre-vingt-deux jours dans le vide sec, et subi immédiatement après pendant trente minutes une température de 100 degrés. Par conséquent, des animaux desséchés successivement à froid et à chaud, et parvenus au degré de dessiccation le plus complet qu'on puisse obtenir, dans l'état actuel de la science, sans décomposer les matières organiques, peuvent conserver encore la propriété de se ranimer au contact de l'eau. — L'exposition prolongée à l'air libre constitue pour les animaux réviviscents une épreuve très-dangereuse et détruit en peu de mois leur propriété de réviviscence. — Ce résultat ne peut être attribué à la dessiccation, puisque des corps desséchés à l'air libre et à la

température naturelle ne peuvent être considérés comme plus secs que les mêmes corps desséchés artificiellement d'abord à froid, puis à chaud, aussi complétement que possible. — Les dangers de l'épreuve de l'exposition à l'air libre, ne pouvant être attribués au fait de la dessiccation, dépendent, selon toutes probabilités, des altérations matérielles que font subir aux corps des animaux réviviscents les variations continuelles de la température et surtout de l'humidité atmosphérique. — Les animaux déposés dans des boîtes, protégés par une couche épaisse de mousse ou de terreau, ou soustraits d'une manière quelconque à l'action directe de l'air extérieur, conservent leur propriété de réviviscence beaucoup plus longtemps que les animaux exposés directement aux vicissitudes atmosphériques. Néanmoins dans ces conditions, ils cessent d'être réviviscibles au bout d'un certain nombre d'années. — La limite du temps pendant lequel ils conservent leur propriété de réviviscence est très-variable. Elle peut s'élever jusqu'à onze ans *au moins* pour les rotifères, jusqu'à vingt-huit ans *au moins* pour les anguillules du blé niellé. — Les dangers de l'épreuve du temps ne pouvant être attribués au fait de la dessiccation, dépendent, selon toutes probabilités, des altérations physiques ou chimiques que subissent à la longue les tissus et les principes immédiats des corps réviviscents. — Dans l'épreuve des températures élevées, la durée du chauffage n'est pas moins importante à considérer que l'intensité du chauffage. — La limite inférieure des températures que les rotifères peuvent supporter indéfiniment sans perdre leur proprité de réviviscence est encore indéterminée. Il paraît résulter, d'une expérience de M. Pouchet, que cette limite est inférieure à 56 degrés.—La limite supérieure des températures que les rotifères peuvent supporter quelques instants sans perdre leur propriété de réviviscence est encore indéterminée. Il paraît résulter d'une expérience de M. Doyère, qu'elle est égale ou supérieure à 125 degrés. — La température de l'ébullition de l'eau est aisément supportée pendant cinq minutes par les rotifères et les tardigrades, *préalablement desséchés* à froid; cette même température, prolongée pendant trente minutes, a anéanti chez tous nos tardigrades et chez la plupart de nos rotifères la propriété de réviviscence. Il est extrêmement probable que, prolongée plus longtemps encore, elle aurait anéanti cette propriété chez tous les animaux. — Certaines matières organiques, préalablement desséchées, se comportent à cet égard comme les animaux réviviscents; elles peuvent supporter quelque temps sans altération la température de l'ébullition qui, prolongée plus longtemps, altère soit leurs propriétés, soit leur composition chimique; mais, chauffées au contact de l'eau ou de la vapeur d'eau, elles ne peuvent supporter, même pendant quelques instants, la tem-

pérature de l'ébullition sans subir des altérations irréparables. — Tout permet de croire que l'épreuve du chauffage, convenablement dirigée, ne porte atteinte à la propriété de réviviscence des rotifères qu'en portant atteinte à la composition chimique de leur corps. — La propriété de réviviscence des rotifères paraît aussi permanente ni plus ni moins que la matière organisée à laquelle elle appartient.

Nouvelles expériences sur les animaux pseudo-ressuscitants, par M. Pouchet. (Rouen, in-8, 31 pages.)

Ce mémoire renferme les idées et les faits exposés par l'auteur à l'Académie des sciences. Nous les avons déjà fait connaître, ainsi qu'un article publié par le même auteur dans l'Union médicale, t. V, p. 289.

Coup d'œil sur la doctrine des générations spontanées chez les anciens, suivi de quelques considérations sur la philosophie médicale, par M. Gigon. (Union médicale, t. VI, p. 390-568.)

L'auteur de cet article fait de nombreuses citations de plusieurs auteurs anciens, Démocrite, Epicure, Anaxagore, etc., sur les générations spontanées ; il cite un long passage d'un livre du physicien Porta (1587), où se retrouvent les idées récemment émises sur ce sujet.

Nouvelles expériences sur l'hétérogénie au moyen de l'air contenu dans les cavités closes des végétaux, par MM. Joly et Musset. (Académie des sciences, 22 octobre.)

Ces expérimentateurs ont constaté que dans les cavités closes des végétaux (cavité de la courge), l'hétérogénie avait lieu, mais que les nouveaux êtres paraissent avoir moins de vigueur, ce qui s'explique par la quantité considérable d'acide carbonique de l'air ainsi confiné.

La question des générations spontanées, par M. Faivre. (Lyon, imprimerie Rey, in-8, 20 pages.)

Rôle des infusoires et des matières albuminoïdes dans la fermentation, la germination et la fécondation, par M. Lemaire. (Académie des sciences, 1er octobre.)

La présence du coaltar, de la benzine et de l'acide phénique ayant prévenu, sans qu'il y eût mélange, la fermentation de matières éminemment fermentescibles, même au contact de l'air, M. Lemaire croit pouvoir expliquer ce résultat par une action

toxique s'exerçant sur les infusoires. En résumé, dit l'auteur en terminant sa note, je pense que les infusoires si abondamment répandus dans la nature, et qui ont été constatés dans la liqueur séminale de presque tous les animaux connus, dans les organes mâles de presque toutes les plantes, constituent le *primum movens* des phénomènes de fermentation, de germination et de fécondation, mais que, pour que leur action se manifeste, leur réunion avec des matières albuminoïdes paraît indispensable.

De l'action du phosphore sur le sang, par M. Nasse. (Gazette des hôpitaux, p. 313.)

Dès que le phosphore est absorbé et assimilé, il y a une dissolution du sang constante.

Etudes sur les substances grasses, considérées à l'état normal et à l'état pathologique, par M. Tailhefer. (Thèses de Montpellier, n° 27.)

Recherches expérimentales relatives à l'action de l'alcool sur le système nerveux, par M. Marcet. (Gazette hebdomadaire, p. 411.)

Voici les conclusions générales de ce mémoire : — L'alcool est absorbé et va agir sur les centres nerveux principalement, quoique non exclusivement, par l'intermédiaire de la circulation. — L'alcool exerce une action légère, mais non douteuse, sur les centres nerveux, par l'intermédiaire des nerfs, indépendamment de la circulation. — L'influence transmise par les nerfs peut être de deux sortes : — Elle peut donner naissance à un choc, ou suspension temporaire de la sensibilité et du mouvement musculaire (à l'exception, peut-être, de celui des paupières), avec conservation de la respiration. — Elle peut n'avoir d'autre effet que d'abréger la vie.

Action comparée de l'alcool, des anesthésiques et des gaz carbonés sur le système nerveux cérébro-spinal, par MM. Maurice Perrin, Duroy et Lallemand. (Académie des sciences, 10 septembre.)

L'alcool, le chloroforme, l'éther et l'amylène agissent directement et primitivement sur le système nerveux. — L'acide carbonique et l'oxyde de carbone agissent directement et primitivement sur le sang, qu'ils modifient : c'est par le moyen de cette modification du sang qu'ils déterminent secondairement des phénomènes d'insensibilité. — Ces corps ne sont donc que des pseudo-anesthésiques.

De l'antagonisme qui existe entre la strychnine et le curare, ou de la neutralisation des effets tétaniques de la strychnine par le curare, par M. Vella. (Académie des sciences, 3 septembre.)

M. L. Vella a fait, depuis quelques années, un grand nombre d'expériences qui peuvent se grouper en deux catégories : la première, dans laquelle les animaux empoisonnés par l'ingestion de la strychnine dans l'estomac recevaient dans le sang des doses successives de curare dès que les symptômes tétaniques se manifestaient, de façon à neutraliser complétement l'action toxique du premier poison, et par conséquent jusqu'à parfait rétablissement ; la seconde, dans laquelle il injectait dans le sang des animaux un mélange de strychnine et de curare qui restait complétement sans action, tandis qu'un autre animal, placé dans les mêmes conditions, mourait avec la même dose de strychnine sans mélange. Enfin, comme contrôle de toutes ces observations, il a laissé en repos, pendant quelques jours, les animaux qui avaient résisté à l'action de la strychnine neutralisée par le curare, et en les plaçant ensuite autant que possible dans les mêmes conditions physiologiques initiales, il leur a administré sans mélange de curare la dose de strychnine employée dans la première expérience, et toujours ces animaux ont rapidement succombé. M. Vella recommande de faire les injections successives du curare très-lentement ; car, si l'on voulait arrêter, dans l'acte même de l'injection, l'accès tétanique, l'animal pourrait succomber à l'action du curare. Quand les convulsions diminuent d'intensité, il faut arrêter l'injection du curare pour recommencer aussitôt qu'elles reparaissent. — D'après ses nombreuses expériences, l'auteur se croit autorisé à conclure que le curare peut détruire complétement les effets d'une dose de strychnine qui est mortelle lorsqu'on l'injecte seule, soit dans l'estomac, soit dans les veines. — Il y a donc antagonisme entre ces deux poisons, et ce qui le démontre d'une manière très-nette, c'est qu'en mélangeant le curare à la strychnine, loin d'augmenter les effets toxiques de cette substance, on les fait disparaître. Donc le curare est le véritable antidote physiologique de la strychnine.

Du cyclamen et de la cyclamine, par M. Vulpian. (Société de biologie, juin 1860 ; Gazette médicale, p. 564.)

Une commission instituée à Naples avait fait un rapport sur ce sujet ; analysant ce rapport et le contrôlant par de nouvelles expériences, M. Vulpian pose les conclusions suivantes : — Il n'est pas prouvé que la cyclamine introduite avec précaution, et par l'orifice buccal, dans le tube digestif des oiseaux, détermine la mort. — La cyclamine en solution aqueuse assez étendue

amène la mort des grenouilles, des têtards de batraciens, des poissons et d'autres animaux qui y sont plongés ; *mais ce n'est pas par suite d'une véritable intoxication.* — La mort des larves de batraciens est déterminée par l'action énergique que la cyclamine exerce sur elles, action par suite de laquelle les tissus sont rapidement altérés des parties superficielles aux parties profondes. — La mort des grenouilles semble due aussi à une pénétration plus ou moins lente et progressive de la cyclamine dans les liquides et les tissus, et à l'altération directe qu'elle y produit. La circulation ne joue probablement qu'un rôle secondaire dans le transport de la cyclamine. — Chez les poissons, la mort ou les phénomènes morbides sont liés en grande partie, selon toute probabilité, aux troubles des fonctions respiratoires et cutanées par suite de l'altération de l'épiderme du tégument et de l'épithélium des branchies. — Aucun fait ne démontre que la cyclamine ait une action primitive ou spéciale, soit sur le système nerveux central, soit sur les nerfs moteurs. — La putréfaction rapide qui s'empare des animaux morts sous l'influence de la cyclamine, tient à l'action altérante directe que cette substance exerce sur les liquides et les éléments de tissu avec lesquels elle entre en contact.

Du rôle physiologique du chlorure de sodium, par M. Sériziat. (Thèses de Strasbourg.)

Recherches sur l'iode atmosphérique, par M. de Luca, (Académie des sciences, 30 juillet.)

Ces recherches ont donné un résultat constamment négatif.

Iode atmosphérique, par M. Chatin. (Académie des sciences, 24 septembre.)

Contrairement aux résultats obtenus par M. de Luca, M. Chatin a constaté l'existence de l'iode dans les eaux pluviales de Pise, et dans celles de Florence et de Lucques. La seule différence entre les eaux pluviales de Pise et de Paris, c'est que dans les eaux de la première de ces villes, dont Lucques et Florence ne diffèrent pas, la proportion d'iode paraît être sensiblement moindre que dans celles de Paris. — Il a en outre dosé comparativement l'iode de ces eaux.

Recherches sur l'influence de certains agents sur la rapidité de l'absorption cutanée, par M. Waller. (Journal de Physiologie, p. 443.)

Anomalie de la vésicule biliaire, par M. Ed. Cruveilhier. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 66.)

Elle est caractérisée par la présence d'une double vésicule, d'un col unique donnant naissance à deux canaux cystiques. D'après les recherches de l'auteur, c'est la première fois qu'une pareille anomalie aurait été observée.

Vice de conformation du cœur, par M. Devilliers. (Union médicale, t. VII, p. 338.)

Ce vice de conformation consistait en l'absence de l'ouverture aortique; l'enfant a vécu cinq jours.

Anomalie du cœur, par M. Guibert. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 55.)

Cet organe n'a que deux cavités, une oreillette et un ventricule, chez un enfant d'un mois. — Lésion non soupçonnée pendant la vie; pas de coloration cyanique.

Anomalie de la veine azygos droite, par M. Bastien. (Société de biologie, Gazette médicale, p. 90.)

Chez un fœtus à terme, la grande veine azygos, dans la région inférieure du tronc, recevait les mêmes vaisseaux que la veine cave inférieure, et affectait les mêmes rapports au côté gauche de l'artère aorte. On aurait pu croire à l'existence de deux veines caves inférieures.

Anomalie de la veine cave inférieure, par M. Le Gendre. (Société de biologie, Gazette médicale, p. 90.)

Les veines afférentes de la veine cave inférieure ne se réunissaient qu'au niveau du hile du rein et entouraient l'aorte avant de se fusionner.

Anomalie du rein et du testicule, par M. Lombroso. (Gazetta medica italiana; Union médicale, t. VI, p. 300.)

Il n'y avait qu'un rein; il était situé à gauche. — A droite, le rein et le testicule, ainsi que leurs annexes, faisaient complétement défaut. — Le rein gauche était considérablement hypertrophié; en arrière, on trouvait un testicule atrophié, non descendu dans les bourses. — Homme de vingt-quatre ans.

Anomalie des reins, par M. Liégeois. (Société de biologie, novembre 1859; Gazette médicale, p. 217.)

Des deux côtés il y avait plusieurs artères rénales; le rein

gauche était au niveau de l'articulation sacro-iliaque; son uretère se divisait en canaux multiples dans le voisinage de l'organe. La même observation se trouve dans le Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 504.

Rein unique, par M. Ed. Cruveilhier.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 56.)

Ce rein était situé à sa place normale, du côté droit, et de ce côté seulement existaient une veine et une artère rénales. Rien à gauche. — Il ne faut pas confondre ces cas avec ceux dans lesquels les deux reins sont fusionnés au-devant de la colonne vertébrale.

L'anomalie de rein unique ayant conservé sa place normale, est rare; les Bulletins de la Société n'en mentionnent que six cas.

Arrêt de développpement des deux reins; absence apparente de l'un d'eux sur un fœtus à terme, par MM. Bastien et Legendre. (Société de biologie, novembre 1859; Gazette médicale, p. 216.)

Exemple d'insertion anormale du muscle adducteur du pouce sur une main d'homme, par M. Jacquart. (Société de biologie, novembre 1859; Gazette médicale, p. 217.)

Le muscle adducteur du pouce s'insérait au deuxième métacarpien et non au troisième, comme cela a lieu ordinairement.

Cette disposition, pour l'auteur, prouve que ce muscle n'est en réalité que le premier interosseux palmaire.

Fœtus monstrueux pseudocéphale, par MM. Desormeaux et Gervais. (Académie des sciences, 27 février.)

Il a pour principaux caractères extérieurs d'avoir le crâne imparfait, caché dans une tumeur énorme par rapport au reste du corps et de manquer de membres inférieurs. Sous le nom de *pseudocéphale*, il doit être placé à la fin des paracéphales, à côté des acéphales.

La description de ce monstre par les mêmes auteurs a été publiée à Paris, chez A. Bertrand, in-4°, 12 p. et pl.

Monstre phocomèle, par M. Martin Saint-Ange.
(Académie des sciences, 10 décembre.)

Le poids de ce fœtus à terme est de $3^{k},72$. Le corps est bien développé, la tête est allongée et volumineuse; les membres supérieurs et inférieurs sont à peine ébauchés. Il y a six doigts à

chaque main, six orteils à chaque pied, ou plutôt six saillies séparées par de petites échancrures cutanées assez analogues à des pattes d'oie.

Ont encore été publiées les descriptions :

— D'un fœtus acéphale, par M. Moreau (Bull. de la Société anatom., 1860, p. 116).

— D'un fœtus hydrocéphale et fœtus n'ayant pas de cavité abdominale, par M. Sorbets (Moniteur des sciences méd., p. 662).

— D'un monstre célosomien du genre agénosome, par M. Sappey (Société de biologie, novembre 1859; Gaz. méd., p. 216).

— D'un enfant hémicéphalique ayant vécu trente-neuf heures, par M. Klusemann (Monatsschr. f. geburtsk, 1858; Union médicale, t. VI, p. 414).

Note sur l'absence congéniale du canal excréteur et du réservoir de la semence, le testicule existant, par M. Godard. (Gazette médicale, p. 497.)

Ces faits sont très-rares; M. Godard prouve cependant par des observations que l'épididyme, le canal déférent et la vésicule séminale peuvent manquer congénialement, bien que le testicule soit dans le scrotum et y sécrète des animalcules. La connaissance du développement de l'appareil séminal rend compte de cette anomalie et de ces variétés. Le testicule privé de son canal excréteur se développe et sécrète; il résorbe, sans accidents, le produit de la sécrétion. Pour les fonctions, ce testicule ressemble tout à fait à celui dont le canal excréteur est obstrué par des produits plastiques à la suite d'épididymite. Dans les deux cas, les canalicules sont distendus au-dessous du point oblitéré. L'anomalie, existant d'un seul côté, n'entraîne pas la stérilité; quand elle affecte les deux côtés, l'individu n'est pas apte à procréer; mais il a nonobstant tous les attributs extérieurs de la virilité (érection, etc.), ce qui le distingue des anorchides.

Recherches tératologiques sur l'appareil séminal de l'homme, par M. Godard. (Paris, V. Masson, in-8, 152 pages.)

Ce volume contient les différentes recherches de l'auteur sur ce sujet; nous les avons déjà publiées, ainsi que la note suivante :

Note sur l'absence congéniale du testicule, par M. Godard (Gaz. méd., p. 435).

Deux observations d'anorchidie, par MM. Bastien et Legendre. (Société de biologie, novembre 1859; Gazette médicale, p. 217.)

Absence des deux testicules, anorchidie double; absence du testicule gauche, anorchidie simple, sur des fœtus à terme.

Atrophie complète du testicule gauche, simulant une absence de cet organe, observée sur un fœtus à terme, par MM. Bastien et Legendre. (Société de biologie, novembre 1859 ; Gazette médicale, p. 213.)

Anomalie, par défaut, des organes génitaux externes, par M. Goschler. (Vierteljahrschrift fur die praktische heilkunde ; Gazette médicale, p. 802.)

Application de la dynamoscopie à la physiologie, par M. Collongues. (Gazette médicale, p. 80 et 137.)

Nous avons déjà parlé de la dynamoscopie; dans ces nouveaux articles, M. Collongues fait connaître le résultat de ses recherches sur les *bourdonnements, et les petillements* qui varient suivant le sexe, l'âge, etc.

Etude raisonnée des phénomènes de la vie, par M. Delahousse. (Thèses de Strasbourg.)

Observations sur diverses questions d'anatomie et de physiologie, par M. Rouget. (Journal de physiologie, p. 568.)

Nouveau traité élémentaire d'anatomie descriptive, et préparations anatomiques, par M. Jamain, *suivi d'un précis d'embryologie*, par M. Verneuil. (2e édition. — Paris, Germer Baillière, in-12, XII-935 pages.)

Ce traité, devenu classique, est assez connu pour que nous puissions nous dispenser d'analyser cette seconde édition.

Exercices anatomiques et physiologiques, par M. Giraudet. (Paris, J.-B. Baillière et fils.—Grand in-18, 296 pages.)

Cet ouvrage s'éloigne par la forme des ouvrages consacrés à l'étude de l'anatomie et de la physiologie. — Ce n'est pas un manuel à l'aide duquel on puisse acquérir les premières notions de ces sciences; son but serait, d'après l'auteur, d'appeler l'attention sur les rapports intimes qui lient l'anatomie et la physiologie à la médecine et à la chirurgie. — Ce livre est divisé en deux parties; dans la première, il y a une série de questions disposées par appareils physiologiques; dans la seconde, on trouve, sous un même numéro d'ordre, les réponses à ces différentes questions; 680 problèmes se trouvent ainsi posés et résolus. Nous pouvons donner une idée de la nature de cet ouvrage en citant la première et la dernière question.—Quels sont les os qui n'ont pas de nerfs? L'ovaire exerce-t-il autant d'influence que l'utérus sur la constitution générale de la femme? — Cet ouvrage nous

paraît avoir une grande utilité pour les études anatomiques, en tenant en éveil certaines intelligences qui seront satisfaites de la clarté et de la précision avec lesquelles chaque solution a été présentée.

Traité de physiologie, par M. Longet. (Paris, V. Masson, 2e édition. —2e volume, grand in-8, 952 pages, 8 planches et figures intercalées dans le texte.)

De l'expérimentation en physiologie, par M. Jacquemet. (Montpellier, imprimerie Bœhm, in-8, 42 pages.)

Étude des poumons dans le cas de mort par le chloroforme, par M. Faure. (Société de biologie, novembre 1859; Gazette médicale, p. 213.)

Voir l'*Annuaire*, t. III, p. 80 et 89. M. Faure montre les poumons d'une femme morte par le chloroforme (Observation de M. Manec). Les lésions sont analogues à celles que M. Faure avait produites artificiellement sur les animaux.

Même observation dans la Gazette des hôpitaux, p. 21, et dans les Archives, janvier, p. 56.

Mort apparente à la suite des inhalations du chloroforme. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 510.)

Grâce à la trachéotomie et à la respiration artificielle, la malade revint à la vie. — Quelques jours après, l'amputation de la cuisse paraissant indispensable, la même malade fut de nouveau soumise aux inhalations de chloroforme; elle absorba sans accidents 24 grammes de chloroforme.

Plusieurs cas de mort par le chloroforme. (Gazette médicale, p. 99, 100 et 129.)

Ces faits sont empruntés à des journaux anglais.

I. Enfant de onze ans, lésion traumatique du gros orteil, quelques inspirations de chloroforme, anesthésie complète; tout à coup le pouls tombe, les lèvres et la face deviennent livides, respiration stertoreuse, mort.

II. Deux cas chez des femmes qu'on endormait pour leur éviter les douleurs de l'enfantement. Pas de détails.

III. Un enfant a succombé après avoir respiré du chloroforme sur un mouchoir. Il avait une lésion traumatique de l'orteil. — On peut se demander si ce n'est pas l'enfant de l'observation I.

IV. Un dentiste endort un jeune homme et lui enlève une dent malade; le patient meurt rapidement.

V. Enfant de huit ans ; inspirations de chloroforme pendant trois ou quatre minutes ; mort rapide avec pâleur de la face. Congestion du cerveau, des poumons, du foie. M. Kidd, à cause de ces congestions, pense que l'enfant a succombé à un spasme de la glotte ayant produit l'asphyxie.

VI. Dame ayant succombé après dix minutes d'inhalation de chloroforme, administré avec un mouchoir.

Asphyxie chloroformique traitée avec succès par la faradisation du diaphragme et la compression méthodique du bas-ventre, par M. Friedberg. (Archiv für pathologische anatomie, t. VI, — Gazette hebdomadaire, p. 13 et Gazette médicale, p. 720.)

Enfant de quatre ans ; 4 grammes de chloroforme au plus au moyen d'une éponge fixée sur une compresse. Pouls petit, inspirations râlantes, face livide. La respiration cesse ; on met l'enfant sur son séant, on l'asperge d'eau froide, on présente de l'ammoniaque, avec une éponge on débarrasse l'épiglotte et le larynx de toutes mucosités. Deux ou trois minutes après, le pouls s'arrêta complétement. On procéda aussitôt à la respiration artificielle, en repoussant les viscères abdominaux vers le diaphragme, qu'on abandonnait ensuite à son élasticité, suivant le rhythme normal de la respiration. Au bout de trois minutes, rien n'était changé. On eut alors recours à la faradisation du diaphragme avec l'appareil de M. du Bois-Reymond. L'un des électrodes fut appliqué sur le nerf phrénique, dans le point où le muscle omo-hyoïdien croise le bord externe du sterno-mastoïdien ; l'autre électrode fut pressé aussi énergiquement que possible dans le septième espace intercostal. Ces applications furent faites alternativement des deux côtés, et l'on donna à chacune la durée d'une inspiration profonde. Après la dixième interruption, le diaphragme commença à se contracter, le pouls radial revint et on put cesser la faradisation ; on se contenta de la compression du bas-ventre et des moyens employés au début. L'enfant criait et on put faire l'opération (tumeur enkystée de la paupière).

Mort par le chloroforme, par M. Fano. (Gazette hebdomadaire, p. 777, et Gazette des hôpitaux, p. 566.)

Homme de vingt-six ans ; ongle incarné du gros orteil du pied droit ; inhalation de chloroforme pratiquée, les fenêtres ouvertes, dans le décubitus horizontal, le chloroforme versé par petites quantités successives, en un mot avec toutes les précautions imaginables. L'opération, faite rapidement, était terminée, lorsque survint une syncope : aspersion avec de l'eau vinaigrée, pression méthodique sur le thorax, titillation de la luette, soulèvement de l'épiglotte, respiration artificielle bouche à bouche. A plu-

sieurs reprises, la respiration et le pouls revinrent incomplétement, et l'opéré finit par succomber. A l'autopsie, on trouva une apoplexie pulmonaire et des adhérences anciennes et très-étendues des deux poumons.

Sur les dangers des inhalations de chloroforme, leurs causes et les moyens de les prévenir, par M. Beherend. (Zeitschrift für die staatsarzneikunde; Gazette médicale, p. 769.)

L'auteur a analysé un grand nombre de publications sur ce sujet. Voici les principales des propositions qu'il émet : — Il faut autant que possible s'abstenir d'employer le chloroforme pour les personnes délicates, épuisées ou chez lesquelles il existe une dépression des facultés de l'intelligence. — Il faut aussi s'en abstenir pour les personnes atteintes de maladies du cœur, et conséquemment il est désirable de recourir préalablement à l'ausculation pour examiner l'état de cet organe. — Il faut un appartement spacieux, bien aéré, où l'on puisse ouvrir largement les fenêtres au besoin. — Le malade doit être mis dans une position complétement horizontale, ayant seulement la tête un peu élevée, à moins que le genre d'opération qu'il doit subir ne nécessite une autre position. — Il est nécessaire de mélanger les vapeurs de chloroforme à l'air atmosphérique, dans la proportion de 5 à 8 au plus, sur 95 à 92 parties d'air, ce qu'on peut obtenir à l'aide d'un appareil analogue à celui de Snow. On peut aussi se passer d'appareil et verser le chloroforme sur un linge, plutôt que sur une éponge, qu'on applique contre le nez. — Pendant l'inhalation, les assistants doivent surveiller attentivement la respiration et le pouls, et il faut écarter le mouchoir dès que l'on s'aperçoit que le pouls devient plus faible et que la respiration commence à s'embarrasser ; il en est de même quand le visage devient pâle et comme décomposé ou, au contraire, rouge et livide. — L'auteur s'occupe aussi des soins à donner aux personnes asphyxiées par le chloroforme. Il recommande l'insufflation de l'air par une sonde introduite dans le larynx, et au besoin, la trachéotomie; mais il rejette l'électricité. Il invite le médecin à surveiller son malade après l'opération, parce qu'il survient quelquefois des phénomènes secondaires (stupeur, dépression des forces, etc.) qui peuvent avoir une certaine gravité. Il termine en disant que les femmes enceintes et les nourrices peuvent sans inconvénient être soumises aux inhalations chloroformiques ; mais que les accouchées, de même que les vieillards et les enfants, exigent des précautions toutes particulières.

D'un nouveau mode d'administration du chloroforme, par M. Delabarre. (Gazette des hôpitaux, p. 570.)

M. Legrand du Saulle, dans cette note, appelle l'attention sur

le procédé de M. Delabarre, qui fait fumer les anesthésiques dans un chibouk (*Annuaire*, t. III, p. 90).

Oxygène antidote de l'éther et du chloroforme, par M. Ozanam. (Académie des sciences, 9 juillet.)

M. Ch. Ozanam présente une note sur l'oxygène employé comme antidote de l'éther et du chloroforme. Cette note a pour objet de démontrer : d'une part, à l'aide d'expériences, l'efficacité de l'oxygène pour combattre les effets toxiques de l'éther et du chloroforme ; et, d'autre part, de montrer que cette efficacité même est une nouvelle preuve de ce qu'il a cherché à établir dans de précédentes communications, savoir : que les éthers et le chloroforme agissent comme source de carbone facilement assimilable, et dont l'oxygène décharge le sang en facilitant sa combustion. Elle tend enfin à faire introduire dans la pratique l'usage de se munir d'une certaine quantité d'oxygène en cas d'accident, lorsqu'on doit soumettre un malade à l'action des agents anesthésiques.

Du gaz acide carbonique comme analgésique et cicatrisant des plaies, par M. Salva. (Thèses de Paris, n° 135.)

Travail complet et bien fait. Les usages chirurgicaux de ce gaz sont tout récents, et la conviction de l'auteur est qu'ils n'ont pas encore dit leur dernier mot. M. Salva étudie l'action physiologique de l'acide carbonique : 1° par les voies respiratoires ; 2° sur la peau ; 3° sur l'œil ; 4° sur les surfaces ulcérées. De cette première étude, il faut conclure que ce gaz a une double action locale, une action analgésique et une action excitante, antiputride et cicatrisante. L'auteur fait ensuite l'historique de la question et il passe en revue les différentes applications thérapeutiques de l'acide carbonique ; cette partie de la thèse est faite surtout d'après les expériences de M. Demarquay, que nous avons déjà publiées. — L'analyse détaillée de cette thèse se trouve dans la Gazette médicale, p. 515.

De l'acide carbonique considéré surtout comme anesthésique, par M. Pacot. (Thèses de Paris, n° 186.)

L'auteur analyse les travaux publiés sur la matière dans ces derniers temps ; il rappelle plusieurs cas dans lesquels l'acide carbonique a agi comme anesthésique local. M. Pacot explique par la présence normale de l'acide carbonique le peu d'intensité des douleurs qui accompagnent les affections du poumon et quelques maladies du tube digestif.

Sur l'hypnotisme.

C'est à la fin de 1859 qne l'hypnotisme fit son apparition devant les sociétés savantes. On en parla beaucoup : il n'en est plus question. L'anesthésie par l'hypnotisme ne paraît devoir se produire que chez un petit nombre de malades. Nous avons publié dans l'*Annuaire*, t. III, p. 93 et suiv., tout ce qu'il y a d'important sur ce sujet; nous nous contenterons donc de signaler les travaux suivants parus en 1860.

— Note sur le sommeil nerveux ou hypnotisme, par M. Azam (Archives générales de médecine, janvier, p. 5).

— Procédé pour déterminer l'hypnotisme (Gazette médicale de Lyon, p. 190).

— De l'hypnotisme ou somnambulisme artificiel. — Coup d'œil rétrospectif. — Continuation des recherches (Gazette médicale, p. 15).

— De la comparaison anatomique et physiologique de l'hypnotisme avec le sommeil naturel et avec le sommeil chloroformique. — Des modifications éprouvées par les facultés de l'âme pendant ces états divers (Gazette médicale, p .33).

— Lettre sur l'hypnotisme, par M. Rossi (Gazette médicale, p. 86).

— Amputation de cuisse pratiquée sans douleur sous l'influence des manœuvres hypnotiques, par M. Guérineau (Gazette médicale, p. 19).

— De l'hypnotisme, par M. Desmartis (Bordeaux, imp. Dupuy, in-8°, 8 pages).

— Chanvre indien. — Son action hypnotique, par M. Fronmuller (Prag. Vierteljahr; Bulletin de Thérareutique, t. XLI, p. 136).

MÉDECINE.

Affection non décrite des gencives ; gengitive expulsive, par M. Marchal. (Académie des sciences, 10 septembre.)

Il existe une maladie des gencives, maladie très-commune, et qui pourtant n'est pas décrite. Ce n'est pas une maladie dangereuse; mais, par les souffrances presque constantes auxquelles elle donne lieu, surtout au moment des repas, par la mauvaise odeur de l'haleine qui en résulte presque toujours, par la perte des dents, qui le plus souvent restent intactes, par les difficultés de la mastication et la douleur qui l'accompagne, cette infirmité

est un grand sujet de chagrin pour ceux qui en sont affectés. — L'auteur propose de lui donner le nom de *gengivite expulsive*, rappelant par cette épithète un de ses effets, qui est d'ébranler et enfin de chasser les dents de l'alvéole. — Cette affection présente des variétés de formes, étant généralement suppurante, souvent ulcéreuse, quelquefois végétante, d'autres fois simple. — On y distingue aussi des variétés de siége, étant ou tout d'abord générale ou pendant un temps partielle, le plus souvent bornée aux languettes gengivales interdentaires; quelquefois elle est purement intra-alvéolaire; alors la dent est ébranlée, et on ne voit rien au dehors.—Il y a aussi des différences dans la manière dont l'affection débute : quelquefois c'est par un petit phlegmon qui s'abcède, s'ouvre, et laisse la dent déchaussée; d'autres fois, c'est par une inflammation simple, sans tumeur phlegmoneuse ni abcès.—Les causes de la gengivite expulsive sont, avant tout et par-dessus tout, l'hérédité, puis le froid, surtout le froid humide; la présence du tartre autour et au-dessous des gencives; la grossesse et l'allaitement; le mauvais état de l'estomac, l'irritation gastrique hyperémique qui résulte des excès habituels de régime. — Le remède en quelque sorte spécifique de cette désolante affection, c'est l'iode employé topiquement. Il ne faut pas l'employer sous forme de teinture, à moins d'indications exceptionnelles, parce que l'alcool en resserrant les tissus fait obstacle à l'action modificatrice, et, si l'on peut dire, à la pénétration de l'iode. L'auteur se sert généralement de la solution aqueuse, à des degrés divers, en commençant par la solution de Lugol pour les bains iodés. On arrive successivement à des solutions très-concentrées.

De la gengivite expulsive et de sa coïncidence géographique avec la scrofulose et l'helminthogénésie; par M. Carrière. (Union médicale, t. VIII, p. 417.)

Le but de ce travail est de montrer que la gengivite expulsive et, au même titre qu'elle, l'helminthogénésie, se montrent en coïncidence géographique avec la scrofulose et les maladies qui s'y rattachent. Endémiques comme cette dernière affection, elles semblent se rattacher à une cause commune, et l'expérience, d'accord avec la théorie, leur applique avec avantage la même thérapeutique représentée par les composés d'iode.

Gengivite chez les enfants, chlorure de chaux, par M. Henriette. (Gazette des hôpitaux, p. 386.)

On plonge l'extrémité du doigt indicateur dans un verre contenant du chlorure légèrement humecté d'eau, on la porte sur toutes les surfaces malades, on en glisse même dans les inters-

tices dentaires. Après dix ou douze minutes, on enlève le chlorure et on fait gargariser le petit malade. Ces applications, toujours douloureuses et suivies d'un suintement sanguin, se font deux fois par jour. Dès le quatrième jour, la guérison est ordinairement obtenue. M. Henriette prescrit en même temps les moyens généraux qui peuvent être indiqués par l'état du malade, et notamment le chlorate de potasse.

De l'utilité de la saignée dans certaines indigestions compliquées d'accidents cérébraux à forme grave, par M. Fonteret. (Gazette médicale de Lyon, p. 7.)

L'auteur rapporte quatre observations dans lesquelles des désordres graves des centres nerveux, — ayant pour point de départ un trouble subit de la digestion, — ont été enrayés comme par enchantement, et le vomissement obtenu avec une merveilleuse promptitude, à la suite d'une simple évacuation sanguine.

Du traitement de la dyspepsie par l'acide arsénieux, par M. Germain. (Gazette hebdomadaire, p. 467.)

L'auteur a été conduit à employer l'arsenic par les résultats que l'on obtient de l'administration des eaux minérales. Ces eaux, dit-il, agissent contre des affections très-disparates, mais leur action primitive est toujours d'améliorer l'appétit, et cette action est due à l'arsenic. M. Germain a donc employé l'acide arsénieux, en pilules, au commencement de l'un des repas, à la dose d'un milligramme seulement. — Plusieurs observations. — L'acide arsénieux n'a jamais échoué. La plupart des maladies ont pour point de départ ou pour complication une dyspepsie. Faites-la cesser par l'arsenic et vous modifierez heureusement l'affection plus ou moins éloignée, que compliquait la dyspepsie. — On n'obtient plus les bons résultats que le sous-nitrate de bismuth donnait autrefois, parce que les fabricants ont voulu le rendre plus pur et le débarrasser de l'arsenic qu'il contenait.

Remarques sur l'emploi des acides et des alcalins dans les diverses formes de dyspepsie, par M. Wells. (British medical journal, 24 décembre 1859 ; Gazette hebdomadaire, p. 461.)

Les alcalins sont surtout indiqués lorsque la douleur siége à l'extrémité cardiaque de l'estomac ; la douleur qui occupe l'extrémité pylorique et qui indique un dérangement du foie cède au contraire plus volontiers aux acides. Ceux-ci rendent encore plus de services que les alcalins lorsque la dyspepsie s'accompagne d'éruptions cutanées. — Parmi les préparations alcalines, la magnésie convient surtout dans les cas qui s'accompagnent de

constipation, et le carbonate de potasse dans les conditions opposées. Les alcalins sont préférables aux acides lorsqu'on a affaire à des cas de dyspepsie accompagnés d'irritation intestinale. — Dans quelques cas, assez rares d'ailleurs, on peut se guider, pour le choix du médicament, sur l'état des urines. L'excès d'acide urique indique l'emploi des alcalins, celui des phosphates réclame plutôt l'usage des acides; ceux-ci sont également indiqués dans les cas d'oxalurie.

Observation de dyspepsie invétérée, accompagnée de chlorose, traitée avec succès par l'eau d'Alet. (Gazette médicale, p. 67.)

Cette observation a été recueillie à la Charité, dans le service de M. Beau.

De la dyspepsie et de son traitement, par M. Bourguignon. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 385.)

Dans cet excellent article de médecine pratique, M. Bourguignon énumère d'abord les causes de cette névrose. Elles sont infinies, dit-il ; elles tiennent d'une part à l'étroite sympathie qui relie entre eux le grand sympathique, le pneumogastrique et le centre nerveux cérébro spinal ; d'autre part à l'action antiphysiologique des *ingesta, circumfusa, applicata, excreta, gesta* et *percepta.* — La digestion ne s'opère régulièrement que si les organes annexés à l'appareil digestif lui prêtent un concours efficace ;— que si chacune des parties anatomiques de l'estomac exécute convenablement ses fonctions.—La dyspepsie n'est pas rare chez les nouveau-nés; chez eux et chez les enfants en bas âge, elle tient à une alimentation défectueuse. — Chez les collégiens, l'alimentation commune, peu en rapport pour quelques-uns avec la croissance, et l'abus des plaisirs solitaires engendrent des dyspepsies. — L'établissement difficile de la menstruation s'accompagne de troubles de la digestion. — Dans l'âge adulte, les excès de travail, de plaisirs, l'alimentation insuffisante, l'absence d'exercice musculaire, les peines morales, les troubles menstruels, l'ordre mal réglé des repas, le mode de se vêtir (ceintures, corsets), — telles sont les causes que M. Bourguignon développe avec un parfait talent d'exposition. — Il y a des prodromes, car la dyspepsie est avant tout l'œuvre du temps; pour se constituer, elle exige la persistance des causes qui tendent à la produire. — Pesanteur épigastrique, gonflement, gêne et même douleur. — Appétit nul ou capricieux, — Nausées, vomituritions et même vomissements, — diarrhée.—Le traitement doit être subordonné à la cause; c'est aux règles de l'hygiène surtout qu'il faut faire appel. Beaucoup de dyspeptiques ne guérissent pas, parce qu'ils négligent les conseils qu'on leur donne, parce qu'ils ne veulent

pas supprimer la cause du mal. — Le nombre et l'abondance des repas doivent être proportionnés à l'âge et à la constitution des malades. — La dyspepsie peut-être *asthénique* ou *sthénique*. Les médicaments employés par M. Bourguignon sont nombreux et leur usage doit être subordonné aux particularités de la maladie; notre confrère cite les amers, les eaux minérales, la pepsine, l'acide chlorhydrique, l'acide lactique, le bismuth, la magnésie, le charbon, le chlorhydrate de morphine (1 décigramme pour 150 grammes d'eau, — une cuillerée à bouche après chaque repas), les opiacés, — le repos, les exercices musculaires, les voyages et enfin l'hydrothérapie, qui rend des services immenses.

De l'efficacité de la diastase contre la dyspepsie et contre certains vomissements, par M. de Castelnau. (Moniteur des sciences médicales, et Gazette hebdomadaire, p. 318.)

M. de Castelnau rapporte plusieurs cas dans lesquels l'administration de la diastase a été suivie de succès; c'est surtout lorsque la dyspepsie et les vomissements sont dus à des troubles chimiques de la digestion que ce médicament est indiqué; aussi il paraît ne devoir faire cesser les vomissements de la grossesse que dans le cas de trouble chimique de l'estomac; il sera impuissant contre les vomissements purement sympathiques.

De la pepsine et de ses propriétés digestives, par MM. Mialhe et Pressat. (Paris, V. Masson, in-8, 32 pages.)

Vomissement périodique, par M. Anstie. (Union médicale, t. VII, p. 367.)

Il s'agit d'un petit garçon qui avait, avec une santé parfaite, des vomissements tous les samedis, sans qu'on pût les attribuer à un écart de régime. Guérison par le sulfate de quinine, à la dose de 10 grains.

De l'influence des exercices physiques sur les fonctions digestives, par M. Vauthrin. (Thèses de Paris, n° 180.)

L'auteur montre combien les exercices physiques modérés, — et non violents, — ont une heureuse influence sur les fonctions digestives. Cette influence n'est démontrée par aucune expérience propre à l'auteur.

Ulcère simple de l'estomac, par M. Bertholle. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 7.)

— Femme de 27 ans, — n'avait jamais eu de vomissements, se

plaignait seulement de douleurs d'estomac. Tout à coup, elle est prise de douleurs de ventre atroces et elle meurt vingt-quatre heures après. — A l'autopsie, épanchement de liquide dans le péritoine sans péritonite ; — sur la face postérieure de l'estomac, ulcère simple avec perforation; le fond de cet ulcère était grisâtre, les bords n'en étaient que très-peu indurés.

Traitement de l'ulcère simple de l'estomac, par M. Wade. (British medical journal; Gazette hebdomadaire, p. 142.)

Ce médecin commence par mettre ses malades à une diète lactée exclusive. La quantité de lait qui doit être donnée à chaque repas est tout individuelle ; la seule règle invariable et absolue est de ne pas dépasser les doses qui sont digérées sans provoquer aucune douleur. Ainsi, dans certains cas, quelques cuillerées devront suffire dans les premiers temps et même plusieurs jours de suite. Les malades s'écrieront qu'ils se meurent de faim, mais ils ne tarderont pas à être dédommagés par un soulagement remarquable. Ce soulagement est si frappant, que, pour en avoir le bénéfice, la plupart des malades se soumettent sans peine à toutes les privations qu'on leur impose. La tolérance à des quantités progressivement croissantes de lait s'établit d'ailleurs assez vite, si le malade a assez de persévérance pour ne jamais s'écarter de la règle énoncée plus haut.

M. Wade, le plus souvent, donne en outre, trois fois par jour, des pilules contenant 1/3 de grain de nitrate d'argent et d'opium et 1/8 de grain d'extrait de belladone. Il y joint quelquefois, lorsque l'état de l'intestin l'exige, de petites doses d'huile de ricin ou de coloquinte et de jusquiame.

Lorsque tous les symptômes de l'ulcère stomacal ont disparu, M. Wade fait revenir ses malades au régime ordinaire, mais lentement et par degrés. Pendant la convalescence, il leur fait prendre souvent du citrate de fer à faible dose. — Le mémoire que nous analysons contient six cas de succès.

Cancer encéphaloïde de l'œsophage à la fin de son tiers supérieur, par M. Laborde. (Société de biologie, novembre 1859 ; Gazette médicale, p. 215.)

Cette observation est remarquable en ce qu'il y a eu communication de l'œsophage avec la trachée artère; mort subite, cyanose et asphyxie. M. Laborde insiste sur la difficulté du diagnostic, qui n'a disparu qu'au moment où la diminution du calibre de l'œsophage a été bien évidente; l'examen micrographique des produits excrétés pourrait mettre sur la voie, dans un cas semblable.

Cancer encéphaloïde de l'extrémité de l'œsophage, par M. Laborde. (Société de biologie, décembre 1859 ; Gazette médicale, p. 351.)

Il siégeait près du cardia; il est remarquable parce qu'il y a eu ouverture de ce conduit dans le poumon gauche; aspect gangréneux de ce dernier.

Rétrécissement du cardia, par M. Siredey. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 272.)

Homme de soixante-huit ans; depuis six mois il sentait des douleurs à l'appendice xiphoïde, les aliments s'arrêtaient et le malade vomissait. A l'autopsie, on a trouvé une induration considérable autour du cardia, dont l'orifice ne laissait plus pénétrer qu'un crayon. Pas de dilatation de l'œsophage au-dessus du point rétréci. Tels sont les détails se rapportant à l'affection du cardia.

Sur les difficultés dont se trouve quelquefois enveloppé le diagnostic des affections cancéreuses de l'estomac, par M. Hamon. (Gazette des hôpitaux, p. 258.)

Ce diagnostic est quelquefois très-difficile et impossible même à poser. Des malades, qui avaient tous les signes rationnels d'une lésion organique, n'étaient affectés que de gastralgie ; par contre, des hommes réputés gastralgiques, succombent à un cancer. — Dans un fait rapporté par M. Hamon, un homme a une gastrorrhagie très-abondante, avec sang vermeil; il n'y avait jusque-là qu'un peu de gastralgie.—On diagnostique un ulcère de l'estomac. — L'hémorrhagie est arrêtée; le malade paraissait guéri, lorsqu'il fut pris d'œdème des membres inférieurs avec amaigrissement et marasme. Cet état-là dura encore longtemps, et ce ne fut que dix jours avant la mort que se montrèrent les vomissements caractéristiques et une tumeur à l'épigastre.

Polype de l'estomac, par M. Fritz. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 2.)

Homme de soixante-deux ans. Le polype siège sur le milieu de la grande courbure de l'estomac, s'élève sur une ulcération de 3 centimètres de long; il est ovalaire et a le volume d'une noix, il est supporté par un pédicule assez large. Sa surface est inégale, rougeâtre; son sommet, ulcéré, est coloré en jaune par les liquides contenus dans l'estomac. Sa texture est charnue, vasculaire, et paraît devoir le faire ranger dans les productions fibreuses.

Cancer du duodénum, du pancréas et du foie, par M. Arrachard. (Gazette des hôpitaux, p. 98.)

Ce qu'il y a eu de particulier, c'est que la malade a rendu, quelques jours avant sa mort, sans douleur, un tube membraneux de 1m,60 de longueur. Ce tube était vraisemblablement une portion de l'intestin.

Influence du plomb dans la production de la colique sèche des pays chauds, par M. Lefèvre. (Académie des sciences, 26 novembre.)

M. Lefèvre lit un mémoire confirmatif d'un premier mémoire dans lequel l'auteur, après avoir fait ressortir le danger de l'opinion généralement accréditée, il y a peu d'années, au sujet de l'innocuité du plomb et des composés plombiques dans la production de la colique sèche des pays chauds, et avoir indiqué les sources multipliées d'empoisonnement saturnin qui se trouvent sur les navires de guerre, s'était appliqué à exposer les précautions qui doivent être prises pour mettre nos marins à l'abri de ces accidents graves qui, chaque année, depuis plus de trente ans, ont fait périr ou rendu infirmes un grand nombre d'entre eux.

De la colique sèche, par M. Lefèvre. (Gazette hebdomadaire, p. 437.)

Nous avons fait connaître (*Annuaire*, t. III, p. 105), l'opinion de M. Lefèvre sur les causes de la colique sèche. Cette opinion ayant été attaquée dans une analyse publiée par M. Dutroulau, M. Lefèvre a de nouveau exposé ses raisons dans une longue lettre.

M. Chapuis (Gazette hebdomadaire, p. 577) a fait un rapport sur les cas de colique sèche par lui observés; il admet l'existence de la colique sèche, en dehors de toute intoxication saturnine.

De la diarrhée des adultes et de son traitement, par M. Villeneuve. (Thèses de Paris, n° 147.)

Gangrène de l'intestin grêle, par M. Martineau. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 114.)

Garçon de seize ans. Depuis huit jours, fièvre et céphalalgie, avec douleurs abdominales violentes et constipation opiniâtre. Pas de vomissements. Un purgatif n'amène pas de selle et le malade meurt avec une altération profonde des traits. — Dans le péritoine, matières bilieuses et purulentes; péritonite. Les deux tiers supérieurs de l'intestin grêle sont dilatés; la fin de cet intestin et le gros intestin ont considérablement diminué de volume.

Entre la partie rétrécie et la partie dilatée, il y avait probablement une bride fibreuse occasionnant un étranglement intestinal; au-dessus d'elle, la face interne de l'intestin était d'un rouge foncé, présentant en différents points des plaques verdâtres et au milieu d'une de ces plaques plusieurs petites ouvertures; d'où la perforation et l'épanchement de matières bilieuses dans l'intestin.

Des gangrènes du tube intestinal, par M. Fromont. (Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand; Gazette médicale, p. 594.)

Deux observtions que l'auteur rapporte pour servir à l'histoire de ces gangrènes. La deuxième observation est un bel exemple de gastro-entérite gangréneuse.

Considérations cliniques et thérapeutiques sur la dysentérie, par M. Trousseau. (Gazette des hôpitaux, p. 38 et 53.)

C'est à propos de la dysentérie qui a régné dans presque toute la France en 1859, que M. Trousseau a fait ces leçons cliniques. — Cette affection a régné d'une manière plus générale que d'habitude, elle a sévi à Paris, respecté d'ordinaire par la dysentérie. — Elle a débuté vers la fin de juillet; elle a acquis son maximum d'intensité en septembre. La dysentérie est la plus grave et la plus meurtrière de toutes les épidémies. L'influence des fruits comme cause de dysentérie est contestable. Quand la dysentérie s'abat sur un régiment, partout où ce régiment stationne, la maladie se déclare. Les garde-robes peuvent au début avoir quelque analogie avec les crachats de la pneumonie. — Ténesme, signe propre à la maladie. — Avec les évacuations glaireuses et sanglantes, les malades rendent du mucus avec des grumeaux de fibrine coagulée, comparée à de la *raclure de boyaux*. Si du huitième au quatorzième jour, les selles prennent une odeur fétide, si elles deviennent séreuses et rosées (lavure de chair), c'est, presque à coup sûr, qu'il y a gangrène de l'intestin. Les adultes ne meurent pas avant le septième ou le huitième jour. — Lésions anatomiques. — M. Trousseau passe ensuite en revue les symptômes un peu variables, suivant que la dysentérie est bilieuse, inflammatoire ou rhumatique. Vers le dix-huitième ou vingt-cinquième jour, il peut survenir des parotides; c'est un symptôme très-grave. — La dysentérie est une colite, mais une colite particulière, car elle est contagieuse. — Dans la partie de cette leçon consacrée au traitement, M. Trousseau passe en revue les sels neutres et le calomel; les premiers réussissent bien, quand ils sont

employés dès les premiers jours; le calomel à dose fractionnée donne aussi de bons résultats, quand il fait très-chaud. L'ipécacuanha est encore employé avec succès.—On abuse de l'opium; il faut en prescrire si les malades ont des douleurs très-violentes, mais M. Trousseau le regarde comme prédisposant à l'état typhoïde.—Les injections au sulfate de zinc, au sulfate de cuivre et au nitrate d'argent ont été également préconisées. M. Trousseau ne se prononce pas sur leur valeur; mais ce qu'il regarde comme très-important, c'est l'alimentation des malades : exigez, dit-il, qu'ils mangent plusieurs potages par jour et prescrivez même des boissons féculentes.

De la dysentérie et de son traitement dans l'épidémie de 1859, par M. Leriche. (Paris, Savy, in-8°, 14 pages, et Gazette des hôpitaux, p. 266.)

M. Leriche a observé à Lyon. Après un court historique, il s'occupe exclusivement du traitement; suivant les cas, il emploie l'ipécacuanha, le sulfate de soude ou les saignées, et c'est à ce dernier traitement qu'il a recours de préférence : la saignée est pratiquée le matin, et le soir, on administre un calmant, 1 ou 2 grammes de chloroforme dans une potion gommeuse.

Dans la forme chronique, quand il n'y a plus de fièvre, l'auteur administre le tannin et quelquefois il pratique encore la saignée. — En somme, cette brochure est consacrée à la défense du traitement antiphlogistique.

Dysentérie aiguë à forme hémorrhagique, par M. Durand. (Gazette des hôpitaux, p. 326.)

Le malade a succombé très-rapidement ; l'inflammation de l'intestin a été telle, qu'elle s'est propagée jusqu'au péritoine.

Lavement contre la dysentérie, par M. Valérius. (Gazette des hôpitaux, p. 527.)

Lavement dans lequel l'alun se trouve associé à l'extrait de valériane, au laudanum, à l'amidon et à l'eau de guimauve.

Bons effets de la créosote dans le traitement de la dysentérie, par M. Gairdner. (Edinb. med. journal, mai; Bulletin de thérapeutique, LIX, p. 424.)

L'auteur a employé la mixture de créosote de la pharmacopée d'Edimbourg, à la dose de 50 à 180 grammes pour un grand lavement. (La mixture de créosote contient, pour 425 grammes de sirop et autant d'esprit composé de genièvre, 16 gouttes de

créosote et autant d'acide acétique.) Dans plusieurs cas ce traitement a eu les meilleurs résultats; et M. Gairdner n'hésite pas à le recommander comme une précieuse ressource dans les cas de dysentérie accompagnés d'une grande irritation et de fétidité des garde-robes.

Sur le même sujet :

— Rapport sur une épidémie de dysentérie qui a régné dans le canton de Pont-Aven, par M. Gestin (Annales médicales de la Flandre occidentale; Gazette médicale, p. 621).

— Relation d'une constitution bilieuse et d'une épidémie de dysentérie observées à Semur-en-Auxois (Côte-d'Or) pendant l'automne 1859, par M. Quillot (Thèses de Paris, n° 115).

— De la dysentérie épidémique, par M. Guillaumot (Gazette des hôpitaux, p. 122).

— De la dysentérie épidémique, par M. Forest (Thèses de Paris, n° 73).

— Essai sur les différentes formes de la dysentérie et sur le traitement qui leur convient, par M. Deschamps (Thèses de Montpellier, n° 44).

— Considérations sur la dysentérie chronique, par M. de Hevia (Thèses de Paris, n° 45).

Des étranglements internes de l'intestin, par M. E. Besnier. (In-8 de VIII-350 pages; Paris, A. Coccoz.)

Dans ce travail, le plus considérable qui ait encore été publié sur la matière, l'auteur s'est surtout attaché à l'étude des lésions anatomiques, du diagnostic et des indications thérapeutiques. — L'ouvrage est divisé en trois parties : La première se compose d'une série de monographies consacrées à l'anatomie et à la physiologie pathologique, aux symptômes et aux signes de divers genres et espèces d'étranglements. Dans la seconde et dans la troisième, l'auteur s'est attaché à retracer, dogmatiquement, les conséquences pratiques les plus positives qui lui ont paru ressortir des longues recherches auxquelles il s'est livré. A la fin de chaque chapitre, on trouve annexées, sous forme de résumés concis, les observations qui ont servi de base à ces recherches, et l'indication exacte des sources bibliographiques.

M. Besnier divise les étranglements internes en deux grandes classes, distinguées suivant que la cause d'étranglement réside dans les parois de l'intestin, ou suivant qu'elle réside en dehors de ces parois.

Dans la première classe, il range les étranglements par invagination, par rétrécissement, par torsion et par flexion anormale

de l'intestin. — Dans la seconde : 1° les étranglements par *brides*, qu'il subdivise en étranglements par *brides solides* ou *pleines* (celluleuses, pseudo-membraneuses, fibreuses, épiploïques, mésentériques), et étranglements par *brides creuses* (trompe utérine, appendice cœcal, appendices diverticulaires, anse intestinale). — 2° Les étranglements de l'intestin à travers des *ouvertures anormales* ou *accidentelles* des divers replis péritonéaux (mésentères, méso-côlons, replis vésico-rectaux, etc.), et de la cloison diaphragmatique. — 3° Les étranglements de l'intestin par l'anneau d'un ancien sac herniaire remonté dans la cavité de l'abdomen, et par les anneaux des cavités péritonéales anormales situées à l'intérieur de l'abdomen (hernies internes proprement dites), — 4° Les étranglements par compression de l'intestin (tumeurs intra-abdominales, hypertrophie et déplacement des organes).

Ne pouvant donner ici une analyse détaillée d'un travail aussi complexe, nous nous bornons à signaler quelques-uns des points principaux. Dans un premier chapitre, après avoir étudié l'anatomie pathologique générale de l'invagination intestinale, M. Besnier, cherchant à suivre la marche et le développement des accidents, l'enchaînement des lésions, arrive à établir que les théories généralement adoptées sur le mécanisme de l'invagination sont erronées, et qu'elles doivent être modifiées. Arrivant à l'étude de l'anatomie pathologique spéciale, il établit, par des faits nombreux, entre autres données importantes, l'existence presque constante d'une *tumeur abdominale*, facilement appréciable pendant la vie, et dont la constatation a une valeur de premier ordre, au point de vue du diagnostic de l'invagination. Enfin, l'auteur établit, également par des faits, cette donnée bien peu prévue : que, dans les cas d'invagination, les vomissements de matières stercorales ou très-fétides précèdent, le plus habituellement, l'évacuation spontanée du boudin d'invagination ; de sorte que les vomissements de cette nature qui, dans les autres cas d'étranglement interne, doivent faire porter un pronostic grave, et, par conséquent, sont de nature à autoriser une opération chirurgicale, indiqueraient ici, au contraire, qu'il y a quelque espoir de guérison, et que la maladie doit être abandonnée aux seules ressources de la nature. Dans la partie réservée au diagnostic, l'auteur, après avoir consacré un chapitre à l'étude des vomissements stercoraux, indique la voie à suivre pour répondre aux trois questions suivantes, que, suivant lui, le médecin doit toujours se poser en présence d'un cas d'étranglement interne : 1° Quelle est la nature de l'obstacle au cours des matières? 2° Quel est son siége sur l'intestin? 3° Quels sont les rapports que la lésion affecte avec les parois de l'abdomen.

Enfin, dans la troisième partie, M. Besnier cherche à établir

les règles de conduite qui peuvent servir de guide au praticien en présence d'un cas d'étranglement interne.

Voici, au point de vue de la *partie chirurgicale* du traitement, le résumé des conclusions auxquelles il est arrivé : 1° Il est des cas dans lesquels il est possible de porter un diagnostic assez précis sur la nature et sur le siége de l'étranglement, pour que le chirurgien soit autorisé à pratiquer une incision aux parois de l'abdomen, et à essayer de lever directement l'étranglement.

2° Les indications de la *gastrotomie* ainsi comprise se présenteront assez rarement dans l'état actuel de la science ; mais elles deviendront plus fréquentes lorsque les lésions anatomiques, et surtout les manifestations symptomatiques de l'étranglement interne seront mieux connues.

3° Dans les cas où l'on ne possède aucune notion précise sur le point des parois abdominales qui correspond au siége de l'étranglement, ou lorsque celui-ci n'est pas de nature à être supprimé par la gastrotomie, la *gastro-entérotomie* reste la seule ressource à appliquer. L'*incision doit toujours être pratiquée sur le gros intestin, quand l'étranglement porte sur un des points quelconques de cet intestin.* (L'auteur insiste sur cette indication, qu'il a émise pour la première fois dans sa thèse inaugurale, 1857 ; l'entérotomie ne peut réussir qu'à cette condition dans tous les cas d'étranglement du gros intestin.) Toutes les fois qu'on pratiquera l'entérotomie pour un étranglement de l'*intestin grêle,* l'incision devra être pratiquée, de préférence, au niveau de la *fosse iliaque droite*, à moins de contre-indications particulières ; car c'est en cette région que seront rencontrées les anses les plus inférieures de l'intestin grêle. Se rappelant, en outre, la fréquence du siége de l'étranglement aux environs de cette même région, le chirurgien devra, avant d'ouvrir l'intestin, s'assurer par des recherches exercées avec ménagement, mais aussi étendues que le permettront la grandeur de l'incision et la longueur du doigt, s'il ne serait pas possible de reconnaître le point où l'intestin est étranglé, cas dans lequel il serait en droit d'agrandir la plaie et d'agir directement sur l'agent de l'étranglement.

On voit par cette analyse que cet ouvrage se recommande à l'attention des médecins par les faits nombreux qu'il renferme, par la manière judicieuse dont ils ont été interprétés. L'Académie de médecine a rendu à l'auteur pleine justice, en lui accordant une médaille d'or.

De l'étranglement interne, par M. Houel. (Paris, in-8, 108 pages.)

Ce mémoire a été publié dans le Moniteur des sciences, page 114, etc.—C'est un travail très-complet, surtout au point de vue

de l'anatomie pathologique; il comprend un très-grand nombre de citations bibliographiques. M. Houel divise les étranglements internes en quatre classes principales : 1° les étranglements internes congénitaux; 2° les étranglements internes, suite d'altérations organiques, dont la cause réside dans les parois de l'intestin lui-même; 3° les étranglements internes produits par la présence d'un corps étranger qui obstrue l'intestin; 4° les étranglements internes proprement dits qui s'effectuent par brides, déchirures, etc. — Chacune de ces classes comprend un certain nombre d'espèces ou variétés. — Ce mémoire a obtenu une récompense au concours de l'Académie.

Observations d'étranglement intestinal interne, par M. Pénard; — rapport de M. Simonot. (Union médicale, t. VIII, p. 97.)

Dans la première observation, il s'agit d'un étranglement de l'iléon à travers une déchirure d'un *méso-diverticule*, ce qui veut dire qu'il y avait un *diverticulum* de l'intestin, lequel était revêtu par le péritoine; et c'est à travers une fente de ce repli de la séreuse que s'est fait l'étranglement de l'intestin. — La seconde observation est un exemple d'étranglement interne probablement par une bride du péritoine.—M. Simonot propose une classification des étranglements internes, qu'il divise de la manière suivante :

Etranglement interne. — Obstacle intra-abdominal au cours des matières par action sur un point limité du calibre intestinal, de toute cause matérielle étrangère à l'intestin, ou de l'intestin lui-même

- 1° Etranglement par toute cause matérielle étrangère à la continuité de calibre de la portion étranglée.....
  - Obstruction..
    - Corps vivants..... — Pelotes helminthiques
    - Corps non vivants...
      - Productions calculeuses.
      - Concrétions fécales.
      - Amas alimentaires et corps étrangers.
  - Compression.
    - Déplacements et augmentation de volume organiques..
      - Foie.
      - Rate.
      - Utérus, etc.
    - Développement de tumeurs..... — Extra-intestinales de toute nature.
  - Constriction..
    - Diverticules et appendices..... — Intestinaux et graisseux.
    - Brides et adhérences.
      - De l'intestin ou d'un organe à lui-même, à un autre organe, à la paroi abdominale.
    - Ouvertures naturelles — Intra-abdominales.
    - Déchirures accidentelles.....
      - De l'épiploon.
      - Du péritoine.
      - D'un organe.

- 2° Etranglement par l'intestin lui-même en dehors de toute cause matérielle étrangère à la continuité de calibre de la portion étranglée.....
  - Altération de forme.....
    - Congénitale.....
      - Arrêts de développement.
    - Pathologiques.....
      - Ulcérations.
      - Hypertrophie.
      - Dégénérescence fibreuse.
      - Tumeurs intra-intestinales.
  - Altération de mouvement.
    - Invagination.....
      - De haut en bas.
      - De bas en haut.
    - Torsion.....
      - Autour de son axe propre.
      - Autour d'un axe étranger à son axe propre.

Note sur un cas de volvulus, par M. Demarquette. (Moniteur des sciences médicales, p. 2.)

Une observation dans laquelle on voit les symptômes les plus violents de volvulus chez un homme âgé, habituellement constipé, céder au traitement antiphlogistique et à la belladone, après avoir résisté aux purgatifs.

Iléus traité avec succès par les laxatifs, par M. Goetseels. (Presse médicale belge, décembre 1859 ; Bulletin de thérapeutique, t. LVIII, p. 85.)

Observation incomplète.—Les purgatifs (calomel et rhubarbe) ont été donnés à faible dose, mais à plusieurs reprises.

Communication accidentelle de la fin de l'intestin grêle avec le rectum, par M. Allaux. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 295 et 346.)

Femme de soixante-quinze ans ; il y a huit ans, elle a eu des accidents que l'on peut rapporter à un étranglement interne, accidents qui disparurent au bout de quelques jours et dont on peut dire qu'elle ne s'est plus ressentie. A l'autopsie, on trouve une communication entre l'intestin grêle, à un mètre de la valvule iléo-cœcale, et la partie supérieure du rectum. A partir du point de communication jusqu'au rectum, l'intestin grêle et le gros intestin sont considérablement rétrécis. Les deux bouts de l'intestin grêle, qui s'abouchent dans le rectum, sont presque parallèles ; il est probable qu'il y a eu une hernie interne à travers le mésorectum, qu'elle s'est étranglée et gangrenée et qu'il y a eu, s'ouvrant dans le rectum, un anus contre nature tout à fait comparable à celui qui s'établit dans les régions inguinale et crurale, à la suite de hernies étranglées.

De cette observation on peut approcher la suivante :

— Communication ancienne de la portion initiale du jéjunum

avec la partie supérieure du côlon descendant, par M. Guéniot. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 178.)

Rétrécissements cicatriciels multiples du jéjuno-iléon, par M. Lancereau. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 269.)

Il s'agit de plusieurs rétrécissements circulaires, avec traces d'altérations dans le même point : ce sont probablement des ulcérations et des cicatrices ayant succédé à une entérite. Le malade était jeune encore, il avait fait depuis longtemps des excès de régime : les symptômes principaux étaient une dilatation de l'estomac donnant un son tympanique et des vomissements fréquents; le malade est mort d'épuisement.

Considérations sur l'étranglement de l'intestin par les brides péritonéales, par M. Mony. (Thèses de Paris, n° 171.)

De toutes les causes d'occlusion de l'intestin, il n'en est pas de plus fréquente que les brides péritonéales. — Mais les brides péritonéales ne sont pas toutes de même nature : elles se divisent en deux grandes classes : les unes *creuses*, ou composées principalement d'organes creux (appendice iléo-cœcal, diverticules, anses intestinales), les autres *pleins* ou *solides*.— Les brides *solides* se divisent elles-mêmes en deux catégories : elles résultent en effet soit d'une disposition purement accidentelle d'organes pleins offrant d'ailleurs leurs conditions normales de structure, soit d'une production tout à fait nouvelle, pseudo-membraneuse, et le plus souvent d'origine inflammatoire. — La seconde catégorie est de beaucoup la plus nombreuse; elle comprend tous les agents de constriction constitués exclusivement ou principalement par des *néo-membranes*.—Ces néo-membranes, développées dans l'intérieur du péritoine, ne diffèrent en rien, au point de vue de leur origine et de leur nature, de celle des autres séreuses. Elles doivent presque toujours être rapportées à une ancienne phlegmasie généralisée ou circonscrite.—Les dispositions que peuvent affecter les brides dans l'intérieur du péritoine varient à l'infini; néanmoins elles ont été ramenées à trois types, que la théorie pouvait faire prévoir, et que les recherches nécroscopiques ont confirmés. Elles peuvent s'insérer : 1° par leurs deux extrémités sur les parois; 2° d'une part, sur les parois, et, de l'autre, sur un des organes contenus; 3° de part et d'autre, sur un ou plusieurs organes contenus.—Les brides peuvent être dans un parfait état d'intégrité; parfois néanmoins, les brides sont enflammées, ramollies, friables, noirâtres et près de se gangrener, de sorte que la moindre traction ou effort suffit à les rompre, et c'est une condition qui peut être très-favorable, soit à la guérison spontanée, soit au succès d'une opération chirurgicale. —

Rien de particulier à dire, à propos de l'étranglement par brides, des symptômes locaux ou généraux qui se retrouvent dans toutes les formes possibles d'occlusion intestinale. — Résultat le plus ordinaire de l'étranglement par brides, la mort peut arriver de plusieurs manières. — Tantôt le malade succombe à la progression lente, régulière, fatale, des accidents. — Tantôt le malade, encore plein de forces, est mortellement frappé par un accident nouveau, la gangrène et la perforation de l'intestin.—Les signes spéciaux à l'étranglement par brides, et qui permettent jusqu'à un certain point de le différencier des autres formes, sont les suivants : les *commémoratifs* qui établissent l'existence d'une *péritonite antérieure*, une disposition habituelle aux coliques et à la constipation, plutôt qu'à la diarrhée ; le début brusque des accidents, l'abondance et la précocité des *vomissements fécaloïdes*, la *constipation absolue*, le développement médiocre du météorisme, les signes locaux (*douleur fixe*, *matité*, *empâtement*, *fluctuation* dans *une région circonscrite* de la moitié sous-ombilicale du ventre), et surtout vers la fosse iliaque droite; enfin la fréquence extrême des brides, comparée à toutes les autres causes d'occlusion, constitueront un ensemble de signes de probabilité qui nous paraît avoir une grande valeur. — On peut établir, d'une manière générale, que lorsque l'étranglement est confirmé, le malade est voué à une mort certaine. —Cependant quelques circonstances favorables atténuent un peu la rigueur de cet arrêt.—En effet, si l'intestin, libre de toute adhérence, n'est étranglé que par sa situation vicieuse sur une anse qui le comprime latéralement, on conçoit qu'une simple modification dans les rapports des parties intestinales pourra faire cesser l'étranglement. —Les moyens médicaux sont insuffisants ; parmi les opérations chirurgicales, M. Mony se déclare partisan de l'entérotomie pratiquée dans la fosse iliaque droite, qui est la seule ressource de l'étranglement confirmé, et dont les progrès de l'art, en en fixant de mieux en mieux les indications, diminuent chaque jour les périls.

Rétrécissement congénital de l'intestin chez deux enfants jumeaux, par M. Carver. (British medical journal, 11 août 1860 ; Gazette hebdomadaire, p. 637.)

Oblitération complète de l'intestin grêle à la suite d'une péritonite intra-utérine, par M. Druytt. (Gazette hebdomadaire, p. 477.)

Tumeur cancéreuse de l'intestin grêle, du mésentère et du grand épiploon. — Péritonite consécutive. — Mort. Par M. Descroizilles. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 23.)

Le cancer paraît avoir débuté par l'intestin grêle (cancer extrê-

mement rare, d'après M. Barth, qui n'en avait pas encore observé). — Il a envahi ensuite le mésentère et le grand épiploon ; le malade a succombé à une péritonite consécutive.

De l'élimination du pus dans la péritonite, par M. Vendengeon. (Thèses de Paris, nº 161.)

Péritonite, par M. Beau. (Gazette des hôpitaux, p. 493.)

Pleurésie avec épanchement considérable. — Thoracentèse. — Guérison de la pleurésie. — Mort par suite de la péritonite.

Corps étranger du péritoine, par M. Perrin. (Bulletin de la Société anatomique, p. 306.)

M. Perrin présente un corps étranger trouvé dans le petit bassin ; il est sphérique et remarquable par son volume (15 centimètres de circonférence). Voici comment l'auteur comprend l'évolution de ces corps étrangers :

Une houppe péritonéale malade fournit une fausse membrane qui devient le noyau de la tumeur. Ce noyau, pédiculé par suite des mouvements auxquels il est soumis, doit acquérir de bonne heure la forme globuleuse. En multipliant ses points de contact, il lui est permis d'acquérir un certain volume en utilisant à son profit les produits inflammatoires qui peuvent exister ou dont il peut provoquer la formation dans le voisinage de son lieu d'implantation. — A un moment donné, soit à cause de son volume, soit pour tout autre motif, le pédicule se rompt et le corps étranger est abandonné dans la cavité séreuse. Ne va-t-il point, partout sur son passage, et bien que peu offensant pour les tissus, provoquer de nouvelles exsudations dont il sera successivement enveloppé, et dont les éléments serviront à former chacune de ces couches concentriques qui augmentent progressivement son volume? Il manque à cette hypothèse la constatation du fait de ces exsudations, mais n'est-il pas au moins rationnel de les admettre quand on sait combien les corps étrangers articulaires, même quand ils n'occasionnent aucune douleur, modifient les conditions de nutrition et de sécrétion de la séreuse articulaire.

Anasarque symptomatique d'une congestion hépatique, par M. Aran. (Gazette des hôpitaux, p. 245 et 257.)

M. Aran a observé quatre fois déjà une espèce particulière d'a-

nasarque, et à propos d'un malade qui est en ce moment dans ses salles, il donne les détails suivants : il s'agit d'un homme qui se présente avec un certain degré d'engorgement du foie, ayant eu au début des douleurs dans la région gastro-hépatique et de l'ictère, et c'est immédiatement après la disparition de cet ictère que l'anasarque a commencé à se montrer. — Les quatre autres faits sont analogues à celui-là.—M. Aran se croit autorisé à admettre une nouvelle espèce d'anasarque générale dépendant d'une lésion hépatique ; il lui assigne comme caractères, d'apparaître brusquement au milieu de la santé ou à la suite d'une simple indisposition et d'être rapidement suivie d'une ascite, sans albumine dans les urines, sans lésion des reins, sans altération du cœur, mais avec augmentation de volume du foie et sensibilité à la pression de l'hypocondre droit. La guérison rapide est encore un trait caractéristique : l'anasarque disparaît d'abord et l'ascite reste ; puis l'ascite diminue à son tour et le volume du foie décroît parallèlement, si bien que, lorsque la cavité péritonéale est redevenue libre, le foie est rentré lui-même dans ses limites normales. Le traitement consiste en ventouses sur la région hépatique, en purgatifs drastiques et bains de vapeur, — Comme explication, M. Aran avance que, vu le rôle important du foie dans la circulation, l'engorgement de cet organe peut produire une altération du sang et consécutivement l'anasarque.

A propos du fait précédent, la Gazette des hôpitaux a reçu les communications suivantes :

— Congestion du foie symptomatique d'une affection calculeuse des voies biliaires. Anasarque. Mort, par M. Delacour (Gazette des hôpitaux, p. 342).

— Nouveau cas d'anasarque et d'ascite liées à la congestion du foie et de la rate; complication d'ictère (Gazette des hôpitaux, p. 365).

— Hydropisie générale aiguë avec ascite, occasionnée par une congestion du foie. Guérison, par M. Corlieu (Gazette des hôpitaux, p. 475).

Recherches sur les suppurations endémiques du foie, par M. Rouix. (Paris, J.-B. Baillière, in-8, 460 pages.)

Etude sur l'étiologie de l'hépatite observée au Sénégal, par M. Berg. (Thèses de Paris, nº 133.)

L'auteur est porté à rejeter une origine miasmatique pour l'hépatite du Sénégal, et une communauté quelconque de cette maladie avec la fièvre intermittente et la dysentérie : — Parce que l'étude du terrain, des phénomènes météorologiques, etc., démontre l'impossibilité du développement de l'élément palustre

dans la région où sévit la phlegmasie hépatique ;—Parce que les caractères anatomiques et les symptômes de la maladie n'ont pas le cachet des maladies méphitiques ;—Parce que le sel fébrifuge, antipériodique, n'a aucune action sur sa marche, sa durée, sa physionomie.

Emploi de lavements iodés dans l'hépatite, par M. Innhauser. (Gazette hebdomadaire, p. 307.)

R. Iodure de potassium..... 50 centigrammes.
Teinture d'iode..... 5 gouttes.

A donner toutes les quatre heures dans une légère décoction de lin, en ayant soin de faire suivre le second lavement d'un lavement évacuant.— Une malade avait une hépatite aiguë, combattue en vain par les antiphlogistiques; l'amélioration commença à partir du traitement iodé; guérison. On avait fait aussi des frictions avec la teinture d'iode sur la région hépatique.

Observation d'abcès du foie, par M. Moutet. (Montpellier médical, t. IV, p. 563.)

Altération du foie simulant la cirrhose, par M. Ball. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 337.)

Augmentation de volume du foie; la malade succombe à une péritonite, et on trouve des tumeurs cancéreuses dans le mésentère. Le foie était énorme; on dirait, à la simple inspection, que le lobe droit est le siége d'un cancer, tandis que le gauche offre les apparences de la cirrhose. A l'examen microscopique, on n'a trouvé que des cellules hépatiques normales, puis des cellules épithéliales avec hypertrophie du tissu cellulaire interlobulaire.

Altération du foie et des ganglions prélombaires, par M. Baudot. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 213.)

Il s'agit d'une infiltration graisseuse des cellules du foie. Le malade avait succombé à un ictère avec fièvre et phénomènes d'adynamie.

De l'ictère par rétention de la bile, par M. Aran. (Gazette des hôpitaux, p. 297.)

Une observation d'inflammation et de dilatation des voies biliaires avec atrophie du foie, suite d'obstacle au cours de la bile. — M. Aran, à propos de ce fait, a donné des détails sur les causes de l'ictère, symptôme d'affections très-diverses.

Etude sur l'ictère déterminé par l'abus des boissons alcooliques, par M. Leudet. (Gazette médicale, p. 404; Gazette des hôpitaux, p. 575.)

L'usage d'une grande quantité de boissons alcooliques peu diluées donne lieu, dans certains cas, à un ictère aigu.

L'ictère aigu des ivrognes offre en général une coloration jaune intense de la peau; il est le plus souvent apyrétique et même accompagné d'un ralentissement marqué du pouls, d'une sédation prononcée du système nerveux, de vertiges, syncopes, etc.

L'ictère n'apparaît pas immédiatement après l'excès. La coloration morbide de la peau est précédée d'accidents gastriques plus ou moins intenses, douleurs épigastriques spontanées ou provoquées, vomissements, le plus souvent d'une douleur de l'hypocondre droit et d'une augmentation de volume du foie.

La maladie se termine ordinairement par la guérison, cependant la mort peut survenir dans l'état comateux ou sous l'influence d'hémorrhagies intraviscérales.

A l'ouverture du cadavre, le foie peut présenter les lésions de l'atrophie aiguë, et l'estomac les caractères d'une phlegmasie aiguë, même ulcéreuse.

L'ictère alcoolique aigu se manifeste, surtout chez les ivrognes de profession, sous l'influence d'un excès immodéré, principalement d'une boisson alcoolique peu étendue d'eau.

Le traitement consiste surtout dans l'application d'antiphlogistiques locaux et de boissons émollientes.

La maladie résulte d'une absorption directe de la substance toxique par le foie; l'alcool agit aussi comme irritant de l'estomac.

Ictère grave avec dégénérescence graisseuse du foie et des reins, par M. Von Plazer. (Gazette hebdomadaire, p. 829, et Union médicale, t. VIII, p. 249.)

L'auteur rapporte une observation qui a de l'analogie avec d'autres observations publiées par Rokitansky. Il s'agit d'une jeune femme qui a succombé à des accidents typhoïdes, avec douleur dans la région du foie, hématémèses, selles contenant du sang décomposé, ictère. A l'autopsie on a trouvé des suffusions sanguines.—Les symptômes sont donc identiques à ceux de l'ictère grave; mais la lésion du foie n'est plus la même : dans ce cas, en effet, au lieu de présenter une atrophie aiguë, le foie offrait une dégénérescence graisseuse. M. Von Plazer pense que cette dégénérescence était le début de la lésion anatomique et que la destruction des cellules lui aurait succédé. La dégénérescence rénale paraît être un fait secondaire.

De l'ictère grave, par M. Blachez. (Thèses de Paris pour l'agrégation, in-8, 63 pages.)

M. Blachez expose dans cette thèse l'état de nos connaissances sur ce sujet; il définit l'ictère grave une affection, probablement générale, caractérisée par une teinte ictérique, des phénomènes nerveux graves, des hémorrhagies à peu près constantes, et, dans certains cas, par une altération particulière et polymorphe du tissu hépatique.

M. Blachez étudie ensuite les causes, les symptômes et la marche de la maladie, en citant surtout les travaux de MM. Ozanam, Monneret et Gubler.—Les altérations anatomiques sont décrites d'après M. Robin, Rokitansky, etc. — L'ictère grave est l'expression d'un ensemble de symptômes assez caractérisés pour motiver l'admission d'une espèce morbide. L'ictère grave n'a pas de lésion caractéristique; dans certains cas, il n'y a pas de lésion; si la lésion existe, ce sera ou une destruction des cellules hépatiques, ou une cirrhose aiguë. — Les symptômes tiennent à un trouble de la sécrétion biliaire et à une altération du sang. La classe des pyrexies est celle avec laquelle l'ictère grave a le plus d'affinité. — On trouve à la fin des renseignements sur l'ictère grave chez les animaux et des observations inédites.

De l'atrophie aiguë du foie, par M. Mühlig. (Gazette médicale, p. 656.)

Une observation n'offrant rien de particulier.

Calcul biliaire volumineux, arrêté dans l'S iliaque, par M. Gros. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 357.)

C'est l'observation qui a été publiée par M. Bourdon, en 1859. (Voir l'*Annuaire*, t. III, p. 120.)

Calculs biliaires traités par une nouvelle méthode, par M. Legrand. (Gazette des hôpitaux, p. 444 et 512).

L'auteur rapporte un cas de succès par un traitement qu'il a déjà fait connaître et qui se compose : 1° de pilules contenant de l'oxyde d'or, du fiel de bœuf desséché, du savon médicinal et de la poudre de scille ; — 2° de café de pois chiches avec magnésie calcinée ; — de frictions avec le baume tranquille, etc.

De la colique hépatique, par M. Trousseau. (Gazette des hôpitaux, p. 145.)

Affection commune surtout chez les femmes; ces accidents se distinguent des phénomènes gastriques, en ce qu'ils n'apparaissent qu'à des intervalles éloignés, qu'ils s'accompagnent d'ic-

tère. La douleur peut persister avec des alternatives d'exacerbation et de calme, pendant un temps plus ou moins long. — C'est surtout de trente à cinquante ans que la maladie s'observe le plus communément; M. Trousseau en a vu un cas chez un enfant de neuf ans. — Existe-t-il une hépatalgie, une colalgie? « Je n'oserais pas dire non ; » mais le professeur pense que quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, on a affaire à une colique hépatique et non à une hépatalgie. — Les calculs occupent plus souvent la vésicule biliaire que les canaux hépatiques. — La colique hépatique peut cesser sans que le moindre calcul ait été rendu : un calcul volumineux ne pouvant s'engager dans le canal cholédoque pourra rentrer dans la vésicule, tenter à plusieurs reprises d'en sortir et déterminer ainsi une série d'accès. — Il y a une gravelle biliaire, ne faisant éprouver que des douleurs sourdes, vagues, du côté du foie, avec un peu de mouvement fébrile, du malaise et de l'ictère. On trouve dans les selles une masse de petits corps verdâtres, composés de cholestérine.—A la suite de la colique hépatique, il peut y avoir une hépatite, et l'organe reste hypertrophié ; on observe aussi l'inflammation de la vésicule, pouvant s'étendre au péritoine.— On a observé des fistules hépatiques.— On a vu l'hydropisie des canaux biliaires et la rétention consécutive de la bile.— Certaines eaux minérales pourront immédiatement provoquer l'expulsion des calculs, et faire que pendant six mois, un an, deux ans et quelquefois plus, les malades n'aient plus la gravelle. — Il faut recommander aux malades de faire le plus d'exercice possible, pour brûler le plus possible les matières grasses du sang, — de manger beaucoup de végétaux frais, sans exclure la viande, — de supprimer les aliments trop gras. Le traitement par les alcalins doit être suspendu, dès que les malades ne rendent plus de calculs. — Le traitement de Durande a une efficacité réelle, qu'il est difficile, du reste, d'expliquer.—M. Trousseau ordonne les capsules Le Huby, qui contiennent deux tiers de térébenthine pour un tiers d'éther; il les fait prendre aux repas, à la dose de quatre à douze; il les fait continuer pendant quatre ou six mois. — Au moment de la colique, l'habile praticien ne connaît rien de bon. Le chloroforme, la belladone et les bains prolongés sont ce qu'il y a de moins mauvais; mais sous leur influence les calculs cheminent-ils? M. Trousseau n'en est pas sûr.

Observation d'hépatalgie simulant une colique hépatique, par M. Castan. (Gazette des hôpitaux, p. 221.)

Une jeune malade a eu à plusieurs reprises tous les symptômes propres à faire croire à une colique hépatique (douleur, ictère, vomissements). Les recherches les plus minutieuses, conti-

nuées pendant longtemps, n'ont pu faire découvrir un seul calcul biliaire.—Notons que le foie était hypertrophié, que le traitement par l'éther et la térébenthine n'a produit aucun résultat.

De la colique hépatique, par M. Beau. (Gazette des hôpitaux, p. 293.)

On rapporte un fait analogue au précédent. Un large vésicatoire sur la région hépatique a dissipé et prévenu tous les accidents.—Pour M. Beau, cette malade avait une colique hépatique simple, une hépatalgie et non point une colique calculeuse.

— La présence des calculs dans les voies biliaires, loin d'être pour lui la cause la plus habituelle de ces symptômes, n'en serait, au contraire, qu'une cause assez rare; et dans les cas même où l'on a constaté l'existence de ces calculs, il ne lui est pas démontré que l'on doive nécessairement leur attribuer la production de la colique, et qu'il n'y ait pas eu une simple coïncidence entre ces deux faits. — Pour M. Beau, la colique hépatique est une véritable névralgie tout à fait comparable aux autres névralgies viscérales; il existe une hépatalgie comme il y a une gastralgie, une entéralgie. La tuméfaction de la région hépatique, qui accompagne ordinairement cette douleur, n'est point du tout exclusive de l'idée de névralgie; elle est consécutive à la douleur, comme on voit le globe oculaire devenir turgescent dans certaines névralgies de l'œil. — L'ictère existe dans la colique hépatique, mais pas d'une manière constante. Il ne se manifeste, en général, que lorsque l'accès de colique a une certaine persistance, lorsqu'il dure un jour, par exemple. — La douleur provoquée par la percussion sur toute l'étendue du foie est, à ses yeux, un signe d'hépatalgie, alors même qu'il n'y aurait pas d'ictère et que la douleur spontanée serait limitée à un point seulement de l'organe. — Les causes de l'hépatalgie sont celles de toutes les névralgies en général. On la voit survenir souvent à la suite de rhumatismes; souvent ce sont les *ingesta* qui lui donnent naissance. — Les moyens de traitement que M. Beau prescrit en pareil cas sont les bains et les émollients; il recommande, en outre, aux malades de se tenir chaudement couverts, l'hépatalgie étant le plus souvent due à une influence rhumatismale. Mais de tous les moyens, celui qui a le mieux réussi est le vésicatoire.

Nouvelles observations sur la colique hépatique, par M. Fauconneau-Dufresne. (Société de médecine de Paris et Gazette hebdomadaire, p. 502.)

Cet intéressant travail est basé sur plusieurs observations pro-

pres à l'auteur. M. Fauconneau s'occupe d'abord de certains *états nerveux* tout à fait *extraordinaires*, qui compliquent et qui suivent, dans quelques circonstances, le passage des concrétions biliaires à travers les conduits : tiraillements et élancements dans différentes parties du corps, — mouvements convulsifs dans le membre inférieur d'abord, puis dans le corps tout entier avec gêne de la respiration,—souffrances horribles, pouvant produire des désordres intellectuels.—Le diagnostic est en général facile; contrairement à M. Beau, l'auteur pense qu'on trouve presque toujours des concrétions biliaires dans les selles, à la suite d'une colique hépatique avec ictère. La douleur réside sur le trajet des conduits, elle se manifeste à plusieurs reprises, elle est accompagnée de vomissements, surtout quand elle est suivie d'ictère. — M. Fauconneau n'a jamais vu un cas de mort par suite de cette maladie, bien que certains malades aient été en proie aux plus horribles souffrances. Des accidents du côté du tube digestif peuvent se montrer, mais ils disparaissent quand les accès s'éloignent.—Le remède de Durande n'a aucune efficacité. Pour rappeler la bile dans l'intestin, l'eau de Sedlitz réussit très-bien. Le traitement préservatif consiste surtout dans l'emploi des alcalins et particulièrement du bicarbonate de soude. Il faut éviter de faire prendre une trop grande quantité d'eau minérale, surtout quand elle est très-active. Pas de substances grasses, — légumes frais, — amers, — exercice.

Dans le même article, M. Fauconneau a donné une formule très-complexe, qui paraît devoir agir par l'opium qu'elle contient; cette préparation est administrée comme calmant. — M. Vollant emploie avec succès, dès que la crise commence à se calmer, 1 centigramme de chlorhydrate de morphine mêlé à un peu de sucre.

Le même mémoire a été publié chez Victor Masson, in-8°, 16 pages.

Coliques hépatiques par concrétions biliaires, par MM. Duparcque et Fauconneau-Dufresne. (Gazette hebdomadaire, p. 647 et 761.)

A la suite de la communication précédente, M. Duparcque a publié une brochure : *Notice sur le diagnostic et le traitement des coliques hépatiques par concrétions biliaires*, par M. Duparcque (Paris, imprimerie Juteau, in-8, 15 pages), ayant pour but d'apporter quelques faits nouveaux à l'appui d'un travail publié par le même auteur, en 1844. Cinq fois il a noté une sorte d'hémi-éclampsie du côté droit comme épiphénomène des coliques hépatiques par concrétions biliaires ; il convient que c'est un symptôme rare.—M. Duparcque rappelle la modification qu'il a apportée au remède de Durande ; il emploie avec succès la formule suivante :

Ether.	4	grammes.
Huile de ricin.	30	—
Sirop de sucre.	30	—

A prendre par cuillerée, de demi-heure en demi-heure, puis d'heure en heure.

M. Fauconneau a répondu à M. Duparcque pour maintenir les opinions qu'il avait émises dans sa première communication.

Mémoire sur le traitement des kystes hydatiques du foie, par M. E. Leudet. (Archives générales de médecine, janvier, p. 62, et février, p. 195.)

Six observations. M. Leudet résume ainsi son mémoire : Les kystes hydatiques du foie, assez volumineux pour causer une gêne réelle au malade, l'exposent à des accidents sérieux, qui peuvent survenir sans que rien fasse prévoir une issue prochaine et fâcheuse. — Les tumeurs hydatiques, qui guérissent d'elles-mêmes, sont en général peu volumineuses, ne causent aucun dérangement dans la santé des individus qui les portent, et ne réclament pas l'intervention de l'art. — L'ouverture spontanée des kystes hydatiques du foie est souvent dangereuse; elle est mortelle quand elle s'opère dans le péritoine, souvent fatale dans le tube digestif et dans la plèvre, beaucoup moins dangereuse quand l'évacuation des hydatides se fait par les poumons et par les bronches. — L'ouverture artificielle et la cure radicale des kystes hydatiques du foie sont plus souvent suivies de succès; elles l'ont été dans quatre cas sur cinq rapportés dans ce mémoire. — Le procédé de Récamier nous a paru répondre le mieux aux indications; après l'ouverture de la tumeur, nous avons recours indifféremment aux injections iodées ou alcooliques.

Note sur le traitement des kystes hydatiques du foie par les ponctions capillaires, la potasse caustique et les injections iodées, par M. Boinet. (Gazette médicale, p. 697.)

M. Boinet rapporte une observation qu'il fait suivre de remarques très-intéressantes : pour lui, il résulte de cette observation et des faits observés jusqu'à ce jour que, puisqu'il est impossible de reconnaître *à priori* si un kyste renferme une ou plusieurs hydatides ou bien s'il a une ou plusieurs poches, s'il est ou non compliqué d'adhérences avec les organes ambiants, il faut, dès que sa présence apporte quelques troubles dans l'économie : commencer le traitement par les ponctions capillaires *seules* et les répéter tant que le liquide évacué est clair, limpide,

transparent comme de l'eau de roche ; — Que lorsque le liquide devient trouble, louche, jaunâtre ou purulent, après une ou plusieurs ponctions capillaires, il faut alors combiner les ponctions avec les injections iodées ; — Que si, malgré cette nouvelle manière de faire, le kyste se reproduit encore et devient le siége de phénomènes d'inflammation et de suppuration, il faut recourir aux ponctions avec un gros trocart ou à la potasse caustique combinées avec la sonde à demeure et les injections iodées, seule et dernière ressource pour guérir les hydropisies enkystées du foie.

Sur le même sujet on trouve :

— Kyste hydatique suppuré du foie.—Ouverture par les caustiques.—Guérison rapide, par M. Demarquay (Gazette des hôpitaux, p. 473).

— Communication d'une observation de kyste hydatique du foie ouvert spontanément dans la région de l'hypocondre droit, par M. Becquerel (Société médicale des hôpitaux de Paris ; Union médicale, t. V, p. 140).

— Kyste hydatique du foie, par M. Fritz (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 171).

Hydatides du foie charriées par le canal hépatique, par M. Barlow. (The Lancet ; Gazette des hôpitaux, p. 196.)

Symptômes d'affection du foie et de péritonite localisée ; mort. — A l'autopsie, on a trouvé un kyste hydatique dans la partie supérieure du foie, ouvert dans le canal cystique ; les hydatides arrivaient ainsi dans le canal cholédoque et de là dans la duodénum.

Cancer du foie, par M. Laborde. (Société de biologie, décembre 1859 ; Gazette médicale, p. 271.)

Ce cancer avait envahi tout l'organe, au point de ne plus laisser trace visible de sa substance propre ; forme insolite communiquée au foie par l'affection dont il est le siége ; volume et poids énormes de celui-ci ; compression des deux reins et en partie des uretères ; suppression de l'urine par défaut de sécrétion, ayant simulé tout d'abord une rétention ; tumeur cancéreuse concomitante de la tête du pancréas et du pylore avec dilatation.

De l'indigestion des graissses considérée spécialement au point de vue des affections du pancréas, par M. Ancelet. (Gazette des hôpitaux, p. 463.)

Les recherches de l'auteur ont pour but de voir si les faits pathologiques donnent raison à la théorie de M. Bernard, attribuant

au pancréas le pouvoir de digérer les graisses. M. Ancelet cite un grand nombre de cas de stéarrhée ; dans les uns, l'indigestion des graisses était, pour ainsi dire, normale ; chez les autres, elle était pathologique, et alors il s'agit d'examiner si la stéarrhée a manqué quand le pancréas était malade, et si elle est la conséquence de l'altération du pancréas ou de celle d'un autre organe, du foie, par exemple. — Les savantes recherches de M. Ancelet n'amènent à aucune conclusion positive. Ce qu'on peut et ce qu'on doit constater, afin d'y remédier, c'est que l'expérimentation physiologique ne s'appuie pas assez sur l'observation clinique. Pour avoir des observations significatives, il faudra s'astreindre à un programme ainsi formulé : — Les digestions graisseuses, une fois constatées, sont-elles le résultat de l'ingestion des médicaments ou des aliments? Si l'alimentation est normale ou moindre, et ne rend plus compte de la présence de la graisse dans les fèces, le cas est pathologique, il y a diminution ou abolition de la faculté digestive spéciale. Dans quelles conditions alors se présente la stéarrhée? Ses intermittences, s'il y en a, sont-elles en rapport réel avec les modifications de régime? Les agents thérapeutiques peuvent-ils la modifier? et si l'autopsie peut être faite, quelles sont les lésions anatomiques ou physiologiques auxquelles ce symptôme peut être rapporté?

Considérations générales sur les maladies du foie et de la rate, par M. Drasch. (Paris, imprimerie Thunot, in-8, 62 pages.)

Contribution à l'anatomie pathologique du pancréas, par M. Klob. (Æsterreichische Zeitschrift für practische Heilkunde, 1860, n° 33; Gazette hebdomadaire, p. 668.)

Productions accidentelles de la rate, par M. Lemarié. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 352.)

Chez une femme morte de péritonite suraiguë, on a trouvé dans la rate, dont le volume est normal, un assez grand nombre de corps blancs, sphériques, lisses, très-durs, du volume d'une lentille à une petite cerise ; leur aspect est celui du tissu osseux, mais le microscope n'y a pas révélé l'existence de l'élément anatomique propre des os, ni les canalicules de Haven.

Incrustations calcaires de la capsule fibreuse de la rate, par M. Ollivier. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 99.)

Homme de soixante-dix-huit ans ; hypertrophie considérable du cœur ; la capsule fibreuse de la rate présente une plaque d'ap-

parence osseuse; c'est une incrustation calcaire, différant du tissu osseux par l'absence des canalicules.

De l'ozène, par M. Trousseau. (Gazette des hôpitaux, p. 97.)

Leçon clinique recueillie par M. Legrand du Saulle. — L'ozène peut exister avec une bonne conformation, mais le plus souvent, surtout chez les enfants, il dépend d'une vicieuse conformation des fosses nasales : le mucus sécrété dans les parties supérieures ne peut pas s'échapper au dehors, et il finit par s'altérer, se concréter, et par prendre de l'odeur. — Dans la grande majorité des cas, l'ozène tient à un catarrhe chronique de la membrane muqueuse des fosses nasales.—Chez l'adulte, la cause la plus ordinaire est un coryza syphilitique. — M. Trousseau n'a jamais constaté d'ulcérations des fosses nasales. — Pour amener la curation d'un pareil état, la première indication thérapeutique est de déterger les fosses nasales par des reniflements d'eau, de se moucher fréquemment et de ne pas laisser les croûtes s'amonceler. On préconise à bon droit l'usage de prises médicamenteuses composées de poudres diverses, soit de calomel uni au sucre, soit de précipité rouge également mêlé au sucre.

Les récidives sont très-fréquentes; il faut varier les médicaments; après les poudres mercurielles, on peut employer le sulfate de zinc, le nitrate d'argent (à doses très-faibles.—Sulfate de zinc, 0,05, pour 100 grammes d'eau, au début). Insister très-longtemps sur le traitement.—Combattre les maladies herpétiques, scrofuleuses, syphilitiques, causes de la punaisie.

Considérations sur le coryza chronique et l'ozène, par M. Ferriès. (Thèses de Paris, n° 164.)

On trouve dans cette thèse l'analyse de différents travaux sur la matière; l'auteur dit, en outre, avoir obtenu dans quelques cas d'ozène fétide,—ayant résisté à divers traitements,—la guérison complète au moyen de grands lavages des fosses nasales avec de l'eau contenant du sel marin en dissolution. Ces lavages doivent être faits plusieurs fois par jour, pendant quelques minutes chaque fois, avec un clyso-pompe ordinaire.

Traitement de l'ozène par la teinture d'iode et le nitrate d'argent, par M. Borlee. (Presse médicale belge, mai.)

Bons résultats au moyen d'injections avec une solution de ni-

trate d'argent (40 ou 50 grammes pour 256 grammes d'eau), et, avec le mélange de teinture d'iode,—33 grammes, et d'eau distillée,—256 grammes.—Ces injections doivent être faites avec une petite seringue; elles doivent être dirigées perpendiculairement, afin que le liquide pénètre dans toutes les anfractuosités.

Des sympathies qui existent entre les amygdales et les ovaires, par M. James. (Medical times and Gazette; Gazette hebdomadaire, p. 12.)

L'auteur dit avoir rencontré plusieurs cas d'angine tonsillaire accompagnée de symptômes plus ou moins intenses du côté des ovaires, et il croit pouvoir expliquer cette coïncidence par une sympathie puissante qui relierait les ovaires et les amygdales.

Angine inflammatoire aiguë; excision immédiate des amygdales, par MM. Simyan et Liégard. (Gazette des hôpitaux, p. 93 et 190.)

Ces deux médecins rapportent chacun une observation dans laquelle on voit l'excision des amygdales enrayer dès le premier jour les symptômes d'amygdalites, qui d'habitude faisaient souffrir les malades pendant une dizaine de jours. — En outre, on peut espérer prévenir ainsi chez ces sujets la réapparition de semblables inflammations. — Cette pratique a été dictée par les travaux de M. Bouchut, dont on trouvera plus loin l'analyse.

De l'angine maligne et spécialement de sa nature, de ses symptômes et de son traitement, par M. Delbet. (Thèses de Paris, n° 168.)

Dans l'angine maligne, l'altération des fosses gutturales n'est que secondaire; elle se manifeste comme l'expression locale d'un état morbide constitutionnel qui détermine le plus ou moins de gravité de la maladie. — Dans cette affection, la mort arrive par le fait de l'empoisonnement général et au milieu des symptômes de la plus profonde adynamie; il est rare qu'elle survienne comme suite de l'altération locale. Mais on peut dire que cette altération concourt à amener la mort dans certains cas. — Quelle que soit la manière dont on interprète les descriptions d'épidémies anciennes, les observations faites pendant les épidémies récentes prouvent sans réplique qu'il existe une angine maligne accompagnée d'exanthème, distincte et indépendante de la scarlatine. — Dans l'état actuel de la science, on peut dire que l'angine gangréneuse primitive reste une exception, qui, au point de vue pratique, doit être rattachée à l'angine maligne. — Dans l'angine maligne, la gangrène se montre quelquefois dès le début et souvent à titre de complication, ou plutôt elle est une des terminaisons de la maladie. — Le seul moyen de vérifier s'il y a ou s'il n'y a pas

gangrène, c'est de recourir à l'examen microscopique, qui permet de constater dans les escarres la présence ou l'absence des débris de muqueuse et de tissu cellulaire.—L'exsudation qui dans l'angine maligne se montre sur les parois gutturales, ne diffère pas quant à sa nature de celle qui apparaît dans les autres espèces d'angines couenneuses ou diphthéritiques.—Les angines malignes, dues à un poison sceptique qui déprime les forces vitales, réclament toutes l'emploi des toniques et même des stimulants.

Angine gangréneuse primitive, par M. Musset. (Union médicale, t. VII, p. 436.)

Cette observation peut être ainsi résumée :

Tache ecchymotique apparaissant sur toute la partie antérieure droite de la poitrine; aphonie complète par le fait de la propagation de la gangrène vers les parties profondes; accidents généraux des plus graves; emploi du perchlorure de fer à l'intérieur; guérison.

Gangrène de l'amygdale, par M. Baudot. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 211.)

Dans cette observation, la gangrène était limitée à l'amygdale droite. Le malade a succombé.

Cas de gangrène du pharynx et du larynx, par M. Parisot. (Gazette des hôpitaux, p. 107.)

Une observation : homme de cinquante ans; mort rapide. La gangrène etait manifeste; elle occupait l'épiglotte et la paroi laterale du pharynx; c'était une espécee de phlegmon gangréneux, qui s'était étendu au médiastin postérieur par le tissu cellulaire du cou; il y avait une pleurésie purulente. La mort a été causée moins par l'asphyxie que par l'empoisonnement dû à l'affection gangréneuse.

De la diphthéroïde ou de l'inflammation ulcéro-membraneuse, considérée à la bouche, à la vulve, à la peau, sur les plaies, par M. Boussuge. (Thèses de Paris, n° 184.)

Travail remarquable que nous devons à un interne des hôpitaux de Lyon. — Il existe, dit l'auteur, une *maladie speciale* des muqueuses, de la peau et des plaies, qui n'est ni une inflammation, ni une ulcération simple, et qui ne peut être rattachée ni à la gangrène, ni à la diphthérie, ni au scorbut, ni à la syphilis,

— Cette maladie se compose de trois éléments principaux : *inflammation*, *ulcération*, *exsudation membraniforme*. L'inflammation, toujours vive au début, peut diminuer ensuite jusqu'au point de disparaître complétement; l'exsudation pultacée peut varier en épaisseur et en étendue; l'ulcération seule est fixe; elle constitue l'élément essentiel, fondamental. — Cette maladie, soit à raison de la ressemblance de l'un de ses éléments avec l'exsudation fibrineuse de la diphthérie, soit parce qu'elle a été souvent confondue avec elle, peut être convenablement désignée sous le nom de *diphthéroïde*, qui aura le double avantage d'en rappeler les apparences similaires, et d'en consacrer la distinction nosologique.—La diphthéroïde peut se montrer dans différentes régions, mais ce sont toujours les téguments ou les surfaces libres qu'elle envahit. A la bouche, elle constitue la *stomatite ulcéreuse*, commune chez les enfants et les soldats; à la vulve, elle constitue une espèce de *vulvite d'apparence gangréneuse*, que l'on rencontre chez les petites filles et les nouvelles accouchées; sur les plaies, elle constitue la *pourriture d'hôpital;* sur la peau enfin, elle s'offre sous forme d'*ulcérations grisâtres*, qui n'ont été bien étudiées que depuis quelques années.—La diphthéroïde est une maladie essentiellement *locale*, peu grave en elle-même. — La diphthéroïde est très-certainement *contagieuse* et très-probablement *inoculable*. — La diphthéroïde est *endémique* chez les enfants et les soldats, *épidémique* chez les blessés et les femmes en couches.—L'ulcère diphthéroïdien, de même que l'ulcère chancreux ou cancroïdien, peut se compliquer de *phagédénisme* et de *gangrène*, lorsqu'il vient à se développer chez des individus *préalablement en puissance* de ces deux affections; mais alors il y a addition de nouveaux éléments fournis par les malades eux-mêmes, quoique à leur insu, et pour lesquels la germination de la diphthéroïde n'a été qu'une cause occasionnelle de se manifester.—La diphthéroïde est très-rare dans la pratique civile, où elle ne trouve pas des conditions favorables de diffusion.— Le chlorate de potasse est le *spécifique* souverain de la diphthéroïde... au moins à la bouche.

De la diphthérie, par M. Hervieux. (Thèses de concours de Paris, in-4, 72 pages.)

L'auteur fait l'histoire de la diphthérie; nous ne pouvons le suivre dans les nombreux détails qui constituent cette histoire. Il termine par une discussion sur la nature de la diphthérie et il formule ainsi son opinion à ce sujet : — On ne peut refuser aux manifestations locales de la diphthérie le caractère inflammatoire. — Pour être inflammatoire dans ses expressions locales, la diphthérie n'en constitue pas moins une maladie générale toxique,

comme la syphilis ou comme la variole et les divers typhus. — Malgré la variété de ses formes, sa bénignité dans certains cas, sa malignité dans d'autres, la diphthérie n'en est pas moins une maladie une et identique dans sa nature. — La nature toute spéciale de l'exsudation diphthérique et le caractère contagieux de la maladie témoignent en faveur de la spécialité de la diphthérie. — Il faut réserver la question de savoir si la diphthérie doit être rangée parmi les affections virulentes proprement dites ou dans la classe des pyrexies.

Recherches sur la contagion, l'incubation, l'inoculabilité et la récidive de la diphthérie, par M. Peter. (Gazette des hôpitaux, p. 42, 50, 61.)

Extraits de la thèse de M. Peter. (Voir *l'Annuaire*, t. III, p. 136).— La même thèse est reproduite ou analysée dans le Moniteur des sciences, p. 3, 18, etc., et dans les Archives de médecine, avril, p. 481.

De la non-contagion du croup par contact immédiat, par M. Gendron. (Union médicale, t. V, p. 278.)

M. Gendron raconte sa propre observation; il a été pris d'angine couenneuse, à la suite de soins très-assidus donnés à un petit malade qui en était lui-même atteint; mais il croit à la contagion du croup par une action miasmatique plutôt que par un contact de la matière diphthéritique.—Bien des fois, avant d'avoir été atteint, il avait reçu impunément de la matière croupale dans le visage; bien des fois, depuis, il a été exposé aux mêmes contacts, sans en ressentir aucun effet.

Mémoire sur les affections diphthéritiques, par M. Zimmermann. (Valenciennes, imprimerie Prignet, in-8, 170 pages.)

De la nature et du traitement de l'énanthème diphthérique, par M. Blondet. (Thèses de Paris, n° 15.)

La diphthérite est une pyrexie; l'auteur la compare à la rougeole, et dans ce parallèle les analogies l'emportent de beaucoup sur les différences. — A cette maladie générale, M. Blondet oppose une médication générale,—la médication altérante et spécialement le bicarbonate de soude. — C'est dès la période prodromique qu'il convient de commencer l'emploi de cette substance.

Du croup, par M. Métivier. (Thèses de Paris, n° 82.)

Reproduction des idées qui règnent en ce moment dans la science.

Considérations sur le croup, par M. Chastrusse. (Thèses de Montpellier, n° 41.)

Relation des cas de diphthérie et de plusieurs autres maladies aiguës, par M. Saint-Laurent. (Thèses de Paris, n° 220.)

Cette thèse contient un certain nombre de faits observés dans le service de M. Bouchut; ils se rapportent à la diphthérie sous différentes formes, à la stomatite ulcéreuse, à la vaccine compliquée de variole, à des métastases d'affections cutanées sur les poumons.

Recherches sur quelques manifestations de la diphthérite, par M. Paris. (Thèses de Paris, n° 234.)

Le but de l'auteur est de démontrer que la diphthérite affecte des formes différentes, qu'on peut diviser en simples et en graves, et que l'angine couenneuse commune est une de ces formes.

Etudes nouvelles sur le diagnostic propre et différentiel, la nature et le traitement de la diphthérie, par M. Espagne. (Montpellier médical, t. V, p. 385.)

Des sources d'indication dans le croup et de leur valeur respective, par M. Berland. (Thèses de Montpellier, n° 17, et Paris, V. Masson, in-8, 72 pages.)

Diphthérie cutanée aux deux mollets, par M. Noir. (Gazette des hôpitaux, p. 350.)

La diphthérie cutanée était survenue à la suite d'une application de moutarde; elle a été traitée par le perchlorure de fer, et la guérison a été obtenue.

Angine couenneuse, par M. Moynier. (Union médicale, t. V, p. 389.)

Diphthérie cutanée; — mort.

Traitement médical du croup, par M. Bouchut. (Gazette des hôpitaux, p. 522, 533.)

Cinq nouvelles observations de guérison de croup à la deuxième et à la troisième période par le tartre stibié. Après ces faits dont le nombre augmente tous les jours, il est évident, dit M. Bouchut, qu'il ne faut pas désespérer de la guérison du vrai croup. Seulement il faut intervenir de bonne heure et agir énergiquement. La mollesse et l'indécision dans le traitement empêchent la réussite et conduisent à la trachéotomie. Pour agir énergiquement, il faut employer le tartre stibié à haute dose, à 25 et 40 centigrammes

par jour, dans un julep diacodé, administré par cuillerées à café d'heure en heure. La médication doit être continuée pendant plusieurs jours, et il est rare que la tolérance ne s'établisse point. Elle ne doit être interrompue que s'il n'y a pas de vomissements, et s'il en résulte de violents effets purgatifs.

De l'amputation des amygdales comme traitement de l'angine couenneuse, et moyen prophylactique du croup, par M. Bouchut. (Union médicale, t. V, p. 228.)

L'auteur rapporte deux nouvelles observations, et rappelant ses anciens travaux sur ce sujet, il résume ainsi son opinion : L'amputation des amygdales, au début de l'angine couenneuse localisée sur ces glandes, est un bon moyen de guérir cette maladie. — L'amputation des amygdales peut, dans cette occasion, être substituée à la cautérisation, qu'il faut employer à plusieurs reprises. — Elle débarrasse le pharynx de deux corps étrangers volumineux, qui gênent la respiration, font obstacle à l'hématose, et quelquefois affaiblissent le murmure vésiculaire d'une façon très-appréciable. — Elle donne lieu à une petite hémorrhagie locale plus avantageuse que nuisible. — Elle paraît arrêter la marche envahissante de l'angine couenneuse, sa propagation aux voies aériennes, au larynx, et elle constitue *un excellent moyen préventif* du croup. — Elle enlève la totalité du mal, *primitivement localisé* à la surface des amygdales; et elle peut empêcher sa généralisation et l'empoisonnement de l'organisme par infection diphthéritique. — Dans aucun cas, après cette amputation, les *fausses membranes ne se sont reproduites sur la surface coupée de ces glandes*, et tous les opérés ont guéri.

Sur le même sujet on a publié deux observations :

— Angine couenneuse guérie par l'amputation des amygdales, par M. Reibel (Gazette des hôpitaux, p. 423).

— Amputation des amygdales dans l'angine couenneuse. Aucune reproduction des fausses membranes sur la surface coupée. Guérison, par M. Riembault (Gazette des hôpitaux, p. 470).

Sur le traitement de l'angine couenneuse et du croup par le procédé de M. Loiseau. Rapport à la Société médicale des hôpitaux, par M. Barthez. (Union médicale, t. VI, p. 579.)

Voici d'abord le traitement tel qu'il est formulé par M. Loiseau :

Traitement préventif ou contre l'angine couenneuse : emploi du tannin et de l'alun comme topiques, régime tonique. — *Angine couenneuse avec commencement d'aphonie ou de voix croupale :* instillations de tannin et d'alun vers l'entrée de la glotte, ajou-

tées au traitement précédent. — *Croup confirmé, mais sans gêne de la respiration :* introduction des topiques styptiques à l'aide du cathétérisme. — *Croup confirmé avec commencement d'asphyxie :* extraction des fausses membranes à l'aide du balayage ou du grattage avant toute introduction styptique. — *Asphyxie permanente, mais non encore menaçante :* tenter l'extraction des fausses membranes et faire la trachéotomie si l'on n'a obtenu aucun changement avantageux. — *Asphyxie paraissant offrir un danger imminent :* faire immédiatement la trachéotomie; mais si elle est refusée, pratiquer le tubage comme pis-aller et tenter l'extraction des fausses membranes. — (Le tubage ne peut être substitué à la trachéotomie que lorsque celle-ci n'est pas acceptée ou est contre indiquée.) — L'emploi topique des styptiques, surtout du tannin et de l'alun, doit non-seulement être continué pendant tout le traitement, mais s'étendre sur toutes les surfaces affectées, aussi bien dans les fosses nasales que dans la gorge et sur toutes les parties du corps qui viendraient à se recouvrir de fausses membranes.

M. le rapporteur pose les conclusions suivantes :

Les succès du traitement de l'angine couenneuse et du croup sont bien loin d'être aussi nombreux que l'annonce M. Loiseau. — Sous son influence, les altérations locales de la diphthérie pharyngée ont été quelquefois heureusement modifiées. Mais nous ne pouvons pas dire que ce traitement de l'angine couenneuse fasse avorter la maladie, l'empêche de passer à l'état de croup, et soit plus efficace que ceux que nous avons l'habitude d'employer. — Le cathétérisme du larynx, vulgarisé par M. Loiseau, est une opération facile à pratiquer, elle a soulagé momentanément un certain nombre de malades, elle en a guéri quatre sur vingt-six; tandis que la trachéotomie et le traitement interne ont guéri neuf autres de ces vingt-six malades chez lesquels avaient échoué les moyens préconisés par M. Loiseau. — Les perfectionnements que le temps pourra apporter à ce procédé augmenteront-ils le nombre des succès et pourra-t-on alors affirmer qu'il épargne la trachéotomie à un certain nombre d'enfants? Personne ne peut le dire encore. — En outre, cette opération n'est pas exempte de dangers; une fois elle a déterminé la mort immédiate de l'enfant sur lequel on la pratiquait; souvent elle a semblé aggraver le mal, et elle a dû être immédiatement suivie de la trachéotomie. — Ce procédé, purement mécanique, ne saurait donc remplacer, quant à présent, les autres traitements que nous connaissons; et ne doit pas, comme le voudrait M. Loiseau, faire abandonner les divers moyens thérapeutiques médicaux dont l'utilité a été reconnue dans un bon nombre de circonstances. — Tel que nous le connaissons aujourd'hui, ce procédé ne saurait pas non plus remplacer la trachéotomie, qui conserve encore sa

supériorité sur tous les autres moyens destinés à enlever chirurgicalement l'obstacle mécanique que crée la diphthérie au passage de l'air dans la trachée et dans les bronches.

Croups précédés d'angine commune, par M. Loiseau. (Gazette des hôpitaux, p. 106.)

L'auteur, après une longue expérience, est arrivé à ces conclusions :

Le croup succède très-fréquemment à la forme d'angine qu'on est convenu d'appeler *commune* ; assez souvent même cette angine est si bénigne, qu'elle ne diffère en rien, à l'aspect du moins, de l'angine la plus simple.—Au début, et même pendant le cours de cette affection, tant qu'elle n'a pas atteint le larynx, il est impossible de reconnaître si elle est réellement diphthérique ou non. — Il résulte de là que la distinction en angine couenneuse dite *diphthérique* et en angine couenneuse dite *commune* expose les praticiens, même les plus expérimentés, à de graves mécomptes, et les petits malades aux plus grands dangers.

Comme conséquence, M. Loiseau recommande de traiter par les topiques styptiques l'angine commune, comme si on était convaincu de sa malignité.— Le rédacteur de la Gazette des hôpitaux regarde l'opinion de M. Loiseau comme trop absolue, appliquée aux angines communes sporadiques.

Les mêmes remarques, avec un nouveau fait à l'appui des opinions de M. Loiseau, se trouvent dans l'Union médicale, t. VII, p. 94.

Un mot sur les affections pseudo-membraneuses, par M. Loiseau. (Union médicale, t. VII, p. 502.)

Pour l'auteur, la présence des fausses membranes n'est qu'un produit en quelque sorte accidentel, la diphthérie existe de fait avant leur apparition, et si on en excepte le croup, leur présence est plutôt utile que nuisible, pour peu toutefois qu'on en prévienne la putréfaction en les saupoudrant fréquemment ou en les imbibant de solutions styptiques; ces fausses membranes, rendues ainsi imputrescibles, constituent une espèce d'épiderme ou d'épithélium provisoire qui protége la surface dénudée, et la cicatrisation s'effectue plus promptement que lorsqu'on les enlève; c'est là la cause principale qui fait que le traitement exclusivement styptique favorise généralement plus rapidement la guérison que tout autre.

Sur le traitement de la diphthérie par les insufflations d'alun, par M. Trousseau. (Union médicale, t. VII, p. 542.)

M. Trousseau dit que depuis une dizaine d'années, la diphthé-

rie a pris, à Paris et dans la plupart des départements, une gravité, une malignité qu'elle était loin d'avoir il y a trente ans; et il déclare que déjà depuis bien longtemps, il ne voit plus guérir en trois, quatre et cinq jours les véritables diphthéries pharyngiennes. — Il emploie la même médication que M. Loiseau, il insufle dans la gorge toutes les deux heures, toutes les heures même, alternativement, un mélange à parties égales d'alun et de sucre et un pareil mélange de tannin. De temps en temps, avec un pinceau un peu rude, il écouvillonne la luette et les amygdales, avant de faire les insufflations, afin que les agents médicamenteux soient mis directement en contact avec la membrane muqueuse; et il s'estime bien heureux si, après dix jours de traitement, il voit disparaître toute trace de fausses membranes.

Traitement de la diphthérie par le perchlorure de fer, par M. Aubrun. (Académie des sciences, 26 novembre, et Gazette médicale, p. 764.)

Pour administrer ce médicament, l'auteur fait mettre de vingt à quarante gouttes de perchlorure de fer dans un verre d'eau froide, suivant la gravité de la maladie et l'âge du malade. Ce dernier devra boire une gorgée (environ la valeur de deux cuillerées à café) de cinq en cinq minutes pendant l'état de veille, et de quart d'heure en quart d'heure pendant le sommeil. Immédiatement après chaque dose de perchlorure, on administrera une gorgée de lait froid et sans sucre.

Croup, par M. Aubrun. (Société médico-pratique de Paris; Union médicale, t. VIII, p. 616.)

Diphthérie généralisée; éruption scarlatiniforme; traitement par le perchlorure de fer et la trachéotomie.

Observations pour servir à l'étude comparée de l'action du tartre stibié à haute dose et du perchlorure de fer dans les cas de croup et d'angine couenneuse, par M. Ronzier-Joly. (Bulletin de thérapeutique, t. LVIII, p. 505.)

Le tartre stibié à haute dose et le perchlorure de fer sont deux agents souvent efficaces dans le traitement du croup ; mais leur efficacité tient à une foule de circonstances diverses et notamment au génie de la constitution régnante. — De ce que le perchlorure de fer donnera des succès nombreux en un temps ou en une localité, il ne faudra pas en induire qu'il doit toujours et partout être préféré au tartre stibié à haute dose *et vice versâ*.

Traitement de la diphthérie par l'iode, par M. Charnaux. (Gazette des hôpitaux, p. 54.)

Ce traitement, que l'on peut considérer comme certain, toutes

les fois que l'on est appelé dès le début, consiste en badigeonnages des surfaces malades avec un pinceau de charpie trempé dans la teinture d'iode. Ces badigeonnages doivent être répétés au moins toutes les heures.

Des vomitifs dans le croup, par M. Quissac. (Montpellier médical, t. IV, p. 127.)

Etudiant le mécanisme du vomissement, M. Quissac pense que les fausses membranes expulsées au moment du vomissement ne proviennent ni du larynx ni de la trachée, mais bien du pharynx. — Quand on donne des vomitifs dans le croup, il faut compter sur le mouvement qui se fait vers la surface cutanée principalement, pour enrayer et faire même avorter celui qui s'opère sur la muqueuse respiratoire. L'auteur passe en revue l'action du sulfate de cuivre, du tartre stibié, de l'ipéca ; il montre que les vomitifs peuvent amener des résultats heureux, mais ils peuvent aussi avoir des conséquences graves.

Quelques mots sur le croup et son traitement, par M. Gélibert. (Thèses de Montpellier, nº 38.)

Croup, par M. Camille Gros. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 365.)

Il était compliqué de diphthérite nasale et vulvaire. — Trachéotomie, guérison. Huit jours après, angine couenneuse maligne rapidement mortelle. — Altération du sang.

Compte rendu des faits de diphthérie observés à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Barthez, pendant l'année 1859, par M. Garnier. (Thèses de Paris, nº 55.)

Traitement de l'angine couenneuse par les cautérisations coup sur coup, par M. Botte. (Union medicale, t. V, p. 241.)

Cautérisation avec une solution de nitrate d'argent (1 pour 9 d'eau, ou même pour 4), pratiquées avant l'extension au larynx, sur les tissus malades et non sur les fausses membranes, répétées de trois à cinq fois par jour. — Succès nombreux.

Du traitement de l'angine couenneuse diphthérique, par M. Gendron. (Union médicale, t. V, p. 453.)

Malgré tous les doutes récemment émis sur sa valeur, le traitement topique de l'angine diphthérique est, dans l'état actuel de la science, ce qu'il y a de mieux à opposer à cette redoutable

affection ; et Bretonneau, en le préconisant et en démontrant que le croup débute presque toujours par les amygdales et le pharynx, a rendu un service immense à la science et à l'humanité.—Le perchlorure de fer, administré à l'intérieur, serait un moyen insuffisant ; comme topique, il peut remplacer avantageusement soit le nitrate d'argent, soit l'acide chlorhydrique.— Les applications topiques auront d'autant plus de chances de succès, qu'elles auront été faites coup sur coup et sur des surfaces dénudées de leur enduit plastique, dont elles modifient ainsi la sécrétion morbide.

Angine couenneuse, par M. Wanner. (Académie de médecine, 10 janvier, p. 14.)

Un traitement, dont l'auteur n'a qu'à se louer, consiste dans l'emploi de l'alun et du vin en gargarisme, dans la proportion de 4 grammes d'alun sur 125 grammes de vin, avec répétition de ce gargarisme de cinq en cinq minutes, la nuit et le jour, jusqu'à cessation complète de la maladie, qui, dans les cas les plus graves, n'a jamais dépassé quatre jours. Pour les enfants qui ne peuvent pas se gargariser, on peut se servir d'un tampon de ouate solidement fixé à un manche quelconque, afin de leur barbouiller le fond de l'arrière-gorge.

Angine diphthérique, par M. Duhamel. (Gazette des hôpitaux, p. 316.)

L'auteur décrit une angine diphthérique, ne s'étendant pas au larynx, faisant mourir les malades non par asphyxie, mais bien par empoisonnement ; il la considère comme différente du croup.

Du croup et de son traitement, par M. Luzsinsky. (Journal fuer kinderkrankheinten ; Gazette médicale, p. 209.)

Voir *l'Annuaire*, t. III, p. 145. L'auteur maintient toutes ses propositions ; il ajoute qu'il regarde le vomitif au début comme inutile et même comme nuisible ; il ne convient que lorsque les fausses membranes sont en train de se détacher.

Le carbonate de potasse contre le croup, par M. Hellwag. (Journal fur kinderkrankheiten ; Gazette médicale, p. 735.)

Après avoir administré un vomitif, l'auteur fait prendre une potion composée de 2 grammes de carbonate de potasse dissous dans 150 grammes d'eau de fenouil et 80 grammes de sirop de polygala, que l'on donne à la dose d'une cuillerée toutes les demi-heures. Dans les cas graves, il donne de 5 à 10 centigrammes de carbonate toutes les demi-heures, et quelquefois il répète le vomitif.

De l'emploi du sous-borate de soude dans le croup, par M. Leriche. (Gazette médicale de Lyon.)

Après avoir passé en revue les diverses médications préconisées contre le croup, M. Leriche émet cette opinion qu'aucun traitement n'est préférable à celui qu'il a appliqué avec succès dans plusieurs cas, et qui repose principalement sur l'emploi du borax à haute dose. Aucun médicament, suivant l'auteur, n'a une action locale aussi prompte et une influence plus efficace sur l'essence même de la maladie. Si jusqu'à présent l'emploi du borate de soude n'a pas été couronné de plus de succès, cela lui semble tenir aux doses peu élevées auxquelles on l'a administré; car ces doses n'ont jamais été portées au delà de 2 grammes pour l'usage intérieur et de 5 grammes sur 250 grammes de liquide pour gargarisme, tandis que M. Leriche a donné jusqu'à 15 grammes par jour à l'intérieur, sans observer aucun effet fâcheux. Il accompagne, du reste, l'administration de ce remède, de quelques autres prescriptions qui probablement n'ont pas été sans influence sur les résultats heureux qu'il en a obtenus.

Nouveau traitement du croup et des angines couenneuses, par MM. Desmartis et Bouché de Vitray. (Paris, J.-B. Baillière, in-8, 16 pages.)

Une substance végétative est l'élément des affections diphthéritiques ; il faut faire usage d'une médication parasiticide ; les auteurs ont employé le turbith minéral et le suc d'euphorbe.

Moyen sûr et prompt de guérir le croup, par M. Missoux. (Ambert, imprimerie Grangier, in-12, 23 pages.)

Du croup intestinal chez les enfants, par M. Clemens. (Journal für kinderkrankheiten, 1 et 2 ; Gazette hebdomadaire, p. 247.)

L'assimilation établie par M. Clemens entre le croup et l'affection des intestins, qu'il appelle *croup intestinal*, repose tout entière sur les productions de fausses membranes à la surface de la muqueuse digestive, analogues à celles qui caractérisent le croup dans le larynx. — Dans aucune des observations de M. Clemens, le croup intestinal ne coïncidait avec une affection analogue des voies respiratoires. Il s'est toujours présenté avec les caractères d'une affection locale de peu de gravité, à moins qu'il n'occupât une étendue considérable. Son caractère essentiel est dans l'expulsion de fausses membranes avec les selles, et ces fausses membranes se produisent avec une abondance beaucoup plus grande que dans les inflammations diphthériques des voies aériennes. — Lorsque l'affection occupe l'intestin grêle, ce qui

paraît être le cas le plus fréquent, elle s'accompagne toujours de diarrhée, et souvent de vomissements. — De même que le croup des muqueuses respiratoires est précédé d'une inflammation catarrhale de ces muqueuses, de même le croup intestinal succède à un véritable catarrhe intestinal. — Lorsque le malade traîne, l'amaigrissement et la prostration sont souvent extrêmes, mais le rétablissement n'en est pas moins rapide dès que la production des fausses membranes s'arrête. — L'administration du calomel à doses purgatives triomphe facilement du croup intestinal, ce que M. Clémens explique par le contact intime qui s'établit entre le médicament et les surfaces malades.

Dilatateur pour l'opération de la trachéotomie, par M. Hardon. (Gazette des hôpitaux, p. 594.)

Cet instrument, qui a pour but de faciliter l'introduction de la canule, se compose de deux branches métalliques à anneaux articulés, et recourbés à leurs extrémités. Lorsque les extrémités courbes sont en contact, les deux anneaux sont écartés ; l'instrument ainsi fermé est introduit dans la canule dont il déborde l'orifice inférieur. En rapprochant les deux anneaux, les extrémités recourbées s'écartent l'une de l'autre ; l'instrument est ouvert.

De la trachéotomie et de la canule bivalve, par M. Gendron. (Union medicale, t. V, p. 403.)

M. Gendron s'attache à démontrer les avantages de la canule bivalve. Quelques réflexions sur la trachéotomie et sur les résultats qu'elle donne.

De la trachéotomie dans le croup chez les enfants, par M. Cazes. (Thèses de Paris, n° 62.)

Exposé des idées généralement adoptées aujourd'hui.

Observation de diphthérie croupale, par M. Gagnon. (Union medicale, t. VI, p. 500.)

Trachéotomie pratiquée pendant la période d'asphyxie ; — accidents nombreux consécutifs ; — guérison.

Croup, trachéotomie, par M. Barbosa. (Gazeta medica de Lisboa ; Union médicale, t. V, p. 60.)

Trois succès sur cinq opérations de trachéotomie à la période ultime du croup confirmé.

Trois cas de trachéotomie pratiquée dans des circonstances différentes, par MM. Rees, Farre et Tatum. (The Lancet, mars.)

I. Ulcération scrofuleuse du larynx avec destruction de la moitié droite de l'épiglotte et des cartilages thyroïde et cricoïde ; trachéotomie, mort le onzième jour. — II. Laryngite syphilitique chronique; trachéotomie ; traitement spécifique ; guérison. — III. Introduction d'un caillou dans le larynx ; trachéotomie ; mort le second jour.

Relevé statistique de quatre-vingt-huit trachéotomies faites en Angleterre (Medical times and Gazette; Gazette hebdomadaire, p. 93.)

Les affections pour lesquelles on a pratiqué la trachéotomie sont des brûlures de la glotte, le croup, des corps étrangers, des affections laryngées autres que le croup, des affections diverses. — Résultats qui ne permettent pas de poser des règles générales.

Rapport sur vingt-quatre opérations de trachéotomie pratiquées dans la dernière période du croup, par M. Fock. (Deutsche klinik; Gazette médicale, p. 752.)

Mémoire sur les ulcérations de la trachée-artère consécutives à la trachéotomie et sur leur traitement préventif, par M. Roger. (Union médicale, t. V, p. 233.)

Depuis la publication de son dernier mémoire (voir *l'Annuaire*, t. III, p. 155), M. Roger a employé la canule mobile de M. Luër ; avec ce nouvel instrument, les ulcérations de la trachée sont moins fréquentes et moins graves.

Ulcérations de la trachée à la suite de la trachéotomie, par M. Raynaud. (Bulletin de la Société anatomique, p. 2.)

L'enfant n'avait porté la canule que pendant vingt-sept heures.

Observations d'abcès du médiastin à la suite de l'opération de la trachéotomie, par M. Pelletier de Chambure. (Thèses de Paris, n° 20.)

Du cathétérisme laryngien, par M. Collin. (Thèses de Paris, n° 7.)

Résultats obtenus dans les services de MM. Bouvier et Roger. Sur huit cas, quatre guérisons, parmi lesquelles deux ont été obtenues par la trachéotomie, le cathétérisme ayant paru insuffisant, et une troisième ne paraissant pas se rapporter à un véritable croup. Un cas de guérison bien avéré.

Voir sur cette question le rapport de M. Barthez, t. IV, p. 101.

De la paralysie diphthérique, par M. Trousseau.
(Gazette des hôpitaux, p. 2 et 17.)

Il est infiniment probable que, bien que l'attention des médecins se soit portée sur ce point, cette maladie n'a jamais été aussi commune que depuis deux ou trois ans. — Cela tient à ce que la diphthérie a pris une physionomie particulière, qu'au lieu d'envahir le pharynx et de se propager lentement au larynx, elle se généralise maintenant avec la plus déplorable facilité, prostrant les malades et les livrant à la merci d'accidents nerveux, de la plus sérieuse intensité.

M. Trousseau admet que la paralysie peut succéder à une angine simple; mais il se demande si le malade, qui, après une angine simple, vient à être affecté d'une paralysie, n'a pas été au préalable affecté de miasmes diphthériques. — Énumération des symptômes : le professeur insiste surtout sur la versatilité symptomatique, qui est caractéristique et qui prouve que la paralysie ne reconnaît pas pour cause une lésion matérielle du cerveau. — Dans le traitement de la paralysie consécutive à la diphthérie, il faut, tout en combattant l'état local, s'attacher à restaurer les forces du malade ; c'est donc la médication reconstituante qui doit avoir ici tous les honneurs. Le quinquina et tous ses composés, les ferrugineux, et notamment le sirop de citrate de fer ammoniacal et le perchlorure de fer, l'emploi des amers, une alimentation substantielle, réparatrice, composée de viandes grillées et rôties, le vin, le café, l'exercice au grand air, les frictions sèches le long de la colonne vertébrale, les lotions aromatiques ou stimulantes et les bains sulfureux, constituent tout un ensemble de moyens précieux. Les préparations de noix vomique, et parmi elles le sirop de sulfate de strychnine (0,05 de sulfate de strychnine pour sirop 100 grammes), m'ont paru stimuler l'état général et réveiller à propos la contractilité musculaire : elles pourront donc au besoin vous rendre d'assez bons services. — Vous pourrez enfin tenter l'hydrothérapie ; mais ne perdez pas de vue surtout que, malgré toutes les ressources thérapeutiques que je viens d'énumérer, et quoi que vous fassiez, la paralysie diphthérique doit avoir une certaine durée.

De la paralysie diphthérique, par M. Maingault.
(Paris, J.-B. Baillière, in-8, VIII-162 pages.)

Nous avons longuement analysé ce mémoire dans l'*Annuaire*, t. III, p. 156.

Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës, et spécialement des paralysies asthéniques, diffuses, des convalescents, par M. Gubler. (Archives générales de médecine, avril, p. 402.)

Ce mémoire, très-long, plein de faits intéressants et d'ingé-

nieuses interprétations, a été ainsi résumé : — Des paralysies locales ou généralisées peuvent accompagner ou suivre toutes les pyrexies, les phlegmasies, en un mot tous les états morbides de l'économie caractérisés par une exaltation fonctionnelle même de courte durée. Ordinairement plus intenses et plus fréquentes quand elles sont liées à des affections graves par leur nature ou par leur violence, on les a vues néanmoins se montrer dans le cours et à la suite de chaque maladie aiguë vraiment digne de ce nom. — A l'occasion d'une espèce nosologique quelconque, il importe de distinguer plusieurs sortes de paralysies dont la réalité est démontrée par l'observation. Les unes sont une expression de la maladie en évolution ; les autres lui succèdent et n'ont avec elle qu'un rapport éloigné. De là deux groupes nettement séparés et renfermant chacun plusieurs variétés. — La première catégorie comprend d'abord des paralysies précoces, se montrant par exemple dans la période prodromique des fièvres éruptives, et comparables aux convulsions qui en marquent le début. Ces *paralysies initiales* sont vraisemblablement exemptes d'altérations de tissus. — Viennent ensuite les *paralysies de la période d'état* en rapport avec des lésions de l'appareil sensitivo-moteur, portant soit sur les muscles, soit sur les ramifications et les troncs nerveux, soit enfin sur un point quelconque de l'axe cérébro-spinal. Ces lésions anatomiques sont des manifestations locales de la maladie, ayant la même signification que les autres procès inflammatoires qui servent à la caractériser. Nous avons ainsi des *paralysies symptomatiques* de myosite, de névrite, de myélite et d'encéphalite. — Je propose d'appeler *successives* les paralysies qui, apparaissant un peu plus tard, comme leur nom le fait pressentir, s'expliquent par la propagation du travail morbide à des régions primitivement respectées. — Les phlegmasies protopathiques excitent à leur tour des sympathies susceptibles d'amener des accidents paralytiques dans des organes plus ou moins éloignés, et par des mécanismes divers, dont l'étude mérite d'être approfondie : ce sont les *paralysies sympathiques* ou de voisinage. — Après la cessation des phénomènes actifs de la maladie aiguë, apparaissent les *paralysies consécutives*, qui ne se rattachent à l'affection primordiale que d'une façon détournée. Il y en a de deux sortes : les unes dépendent d'une lésion de l'appareil nerveux, engendrée par l'affection aiguë, entretenue par une prédisposition individuelle et poussée jusqu'à ses dernières conséquences par des causes adjuvantes et occasionnelles : telles sont les paralysies générales proprement dites, décrites par M. Baillarger à la suite de l'érysipèle, et par M. Beau après la fièvre typhoïde. — Les autres, beaucoup plus fréquentes, ont été trouvées sans altération anatomique et se rangent dans la classe des névroses. Ces paralysies, plus particu-

lièrement étudiées dans ces derniers temps à propos de la diphtérie, sont loin d'appartenir exclusivement à cette affection ; on les retrouve, avec les mêmes caractères essentiels, après toutes les maladies aiguës. Les paralysies diphthériques ne sont qu'un cas particulier d'une règle très-générale. — Les circonstances étiologiques dans lesquelles ces paralysies dynamiques prennent naissance les font assimiler à celles qui dépendent de la chlorose, de l'anémie, des épuisements nerveux, et indirectement des causes nombreuses capables d'amener ces états morbides ; elles se rattachent directement à la débilité de l'économie, et méritent par là l'épithète d'*asthéniques*. — Mais, si loin que soit poussée la faiblesse, elle ne constitue jamais par elle-même une véritable paralysie. On peut voir s'abaisser graduellement le niveau de toutes les forces organiques jusqu'à l'obtusion des sens et de l'intelligence, l'immobilité impotente, et un ralentissement énorme des fonctions de nutrition, sans qu'il y ait paralysie. C'est alors la vitalité qui s'amoindrit, ou du moins ce sont les manifestations de la vie qui s'éteignent toutes à la fois. La paralysie proprement dite suppose un défaut de proportions entre les forces générales et celles du système moteur nervo-musculaire, entre l'irritabilité générale et celle des nerfs sensitifs ; par conséquent elle implique un trouble fonctionnel avec ou sans altération organique soit des muscles, soit du système nerveux, centres, cordons et expansions périphériques. — Aussi les paralysies asthéniques, consécutives aux maladies aiguës, sont-elles contingentes, aléatoires, et non nécessairement associées à la débilitation extrême de l'économie, qui paraît ne constituer à leur égard qu'une prédisposition, ou tout au plus l'imminence morbide. Elles ne se montrent ordinairement qu'au moment de la convalescence confirmée, et l'on peut saisir quelquefois une circonstance jouant le rôle de cause déterminante. — Les paralysies de la convalescence paraissent entièrement indépendantes de toute lésion, même fonctionnelle des centres et des cordons nerveux ; elles ont leur raison dernière dans l'état même des parties qui en sont affectées, et méritent la dénomination de *périphériques*, par opposition à celles qui se rattachent à une lésion des foyers ou des conducteurs du sentiment et du mouvement. — Quelquefois circonscrites à un petit nombre d'organes, elles sont plus souvent réparties sur des régions étendues ; mais en tout cas chaque point est affecté pour son propre compte, et lorsque la perturbation fonctionnelle gagne les parties centrales du système nerveux, on ne peut pas dire que les lésions de ces dernières tiennent les autres sous leur dépendance. Pour exprimer ce caractère, qui distingue si profondément les paralysies asthéniques généralisées des paralysies générales proprement dites, je les ai nommées *diffuses*. — Les *paralysies asthéniques diffuses* des convalescents tendent à

gagner en surface comme en intensité, elles sont donc extenso-progressives. On peut les dire *ascendantes*, puisqu'elles débutent souvent par les extrémités inférieures, pour de là se montrer aux membres thoraciques. Mais leur marche est souvent irrégulière et comme capricieuse: tantôt elles sont légères et fugaces, distribuées d'une manière bizarre; tantôt elles sont généralisées, complètes et permanentes ; elles peuvent même entraîner la mort, lorsque des organes essentiels finissent par être compromis, — Pour conjurer ces accidents paralytiques consécutifs, le médecin usera avec modération de tous les débilitants ; il prescrira, autant que faire se peut, une alimentation légère, même pendant l'activité du mal. Une fois la paralysie survenue, le traitement curatif rationnel consistera dans l'usage d'une nourriture réparatrice, des toniques de toutes sortes, et dans l'emploi de stimulants, tels que frictions, douches froides et bains sulfureux. L'électricité est surtout appelée à rendre de grands services.

Des paralysies consécutives à la diphthérie, aux angines et aux fièvres, par M. Sée (Union médicale, t. VIII, p. 257.)

Ce mémoire a été publié à la suite de celui de M. Gubler; on verra par le résumé suivant les différences qui existent entre les idées de M. Gubler et celles de M. G. Sée. — La diphthérie est suivie très-fréquemment de phénomènes paralytiques qui se présentent presque toujours dans le même ordre et avec les mêmes caractères ; ils commencent par le voile du palais, envahissent les muscles de l'œil et particulièrement ceux de l'accomodation de la vue, en même temps les membres inférieurs, puis les membres supérieurs et finalement les muscles du tronc et de la respiration ; les affections des autres organes contractiles ne sauraient entrer en parallèle avec les précédentes. — Partout où l'on peut suivre le développement de ces phénomènes, on voit qu'ils reconnaissent habituellement le même type; des sensations diverses et plus souvent l'analgésie ou l'anesthésie précèdent la faiblesse musculaire. — La perte de la sensibilité offre, en outre, cette particularité, que, sur les membres, elle ne dépasse pas le niveau des articulations des genoux ou des coudes. — Un dernier trait caractérise ces troubles nerveux, c'est l'intégrité complète des facultés intellectuelles. — Ces paralysies successives de l'isthme du gosier, de l'organe visuel et des membres sont tellement fréquentes après la diphthérie, que, dans certaines épidémies, elles frappent le tiers ou la moitié des malades qui échappent aux premiers dangers de l'angine couenneuse. — A ne juger que par le nombre des exemples (près de 150) qui ont été livrés à la publicité dans ces dernières années, on arrive à une proportion qui dépasse trois ou quatre fois l'ensemble des paralysies

consécutives à toutes les classes de fièvres et de phlegmasies fébriles. La diphthérie peut donc revendiquer à juste titre les perturbations de la sensibilité et du mouvement qui lui succèdent ; l'influence de la maladie primitive s'exerce à une époque pour ainsi dire précise, et se trahit par des effets dont l'évolution est régulière, la physionomie identique. A ces divers caractères, on ne saurait méconnaître une espèce morbide distincte. — La paralysie n'indique cependant en aucune façon le degré de gravité de la maladie primitive ; de même que l'albuminurie diphthérique, elle reconnaît parfois pour point de départ, l'angine couenneuse la plus bénigne. — Il se peut même que l'isthme du gosier et les membres se paralysent, en l'absence de toute trace d'angine préalable ; que la diphthérie se manifeste sur les téguments ou qu'elle atteigne directement le système ganglionnaire, les accidents secondaires pourront éclater par la seule influence de l'élément toxique. — Mais la paralysie gutturale et généralisée n'est pas le privilége exclusif de la diphthérie ; quand l'intoxication vient à manquer, il suffit d'une lésion de l'arrière-gorge, d'une angine simple ou inflammatoire, pour entraîner des accidents entièrement analogues à ceux de la diphthérie. — Il existe donc une paralysie diphthérique, et une paralysie angineuse ; mais tandis que la majorité des paralysies gutturales, soit limitées, soit progressives, se rattache au premier chef, ce n'est que par exception ou par exclusion qu'on invoquera l'action toute locale des angines. — En dehors de ces deux conditions (angine ou diphthérie), la paralysie gutturale devient plus rare ; elle est même douteuse, si du moins notre jugement ne doit reposer que sur les trois ou quatre faits épars dans les annales scientifiques. — En général, les pyrexies ne déterminent que rarement la paralysie secondaire, et celle-ci ne se traduit presque jamais par des caractères identiques qui puissent servir d'indice à son origine. Les fièvres éruptives, surtout la rougeole et la scarlatine, sont les moins aptes à entraîner des accidents de ce genre. Ceux qui succèdent aux phlegmasies pulmonaires et à l'érysipèle sont trop rares et trop disparates pour pouvoir être considérés comme les effets directs de ces affections morbides.—Enfin, la fièvre typhoïde, le choléra et la dyssenterie paraissent exercer une influence plus réelle sur le développement des paralysies consécutives ; mais, dans l'état actuel de la science, il serait aussi difficile d'en tracer la caractéristique que prématuré d'en indiquer la théorie.

Quelques réflexions sur la paralysie dite *diphthérique*, par **M. Colin.** (Brochure.)

M. Colin cherche, dans son travail, à prouver que la paralysie dite diphthérique est bien une paralysie *sui generis*, sans ana-

logue, qui, par son siége, son mode de généralisation, sa marche et sa terminaison, est aussi spéciale que l'affection dont elle semble résulter. L'auteur discute ensuite avec sagacité les opinions et les faits cliniques contenus dans le mémoire de M. Gubler, et fait ressortir le défaut de rapport que tous ces faits ont entre eux et l'impossibilité qu'il y a à les rapporter à un même type. Il démontre que toutes ces paralysies, consécutives à des maladies de diverses natures, sont dissemblables, ne sont reliées entre elles par aucun lien nosologique, et sont, par conséquent, fort loin, par leur siége et leur évolution, du type régulier des paralysies diphthériques.

Des paralysies dans la convalescence des maladies aiguës. (Gazette des hôpitaux, p. 70.)

Trois lettres écrites par MM. Bouchut, Landry et Gubler, touchant la part de priorité qui doit revenir à chacun de ces auteurs dans la question des paralysies dans la convalescence des maladies aiguës.

Discussion sur les paralysies diphthériques. (Société médicale des hôpitaux, 14 novembre ; Union médicale, p. 507.)

Dans cette discussion, MM. Sée, Trousseau et Gubler ont soutenu les opinions que nous avons fait connaître. MM. Empis et Hervieux ont rapporté des observations nouvelles.

Des paralysies qui surviennent au déclin ou dans la convalescence des maladies aiguës. (Gazette des hôpitaux, p. 45.)

Deux faits, l'un (par M. Ricordeau) est relatif à une paralysie suite d'une angine diphthérique, l'autre (par M. Jousset) est relatif à une paralysie générale survenue pendant le déclin d'une fièvre typhoïde.

Paralysies consécutives à l'angine couenneuse. (Union médicale, t. V, p. 90.)

MM. Demarquay et Labbé rapportent chacun une observation de paralysie locale et générale à la suite de diphthérie. — M. Bourguignon propose de soumettre les malades, en pareil cas, à l'usage de la solution arsénicale, à titre d'excitant et de réparateur. — MM. Marrotte et Cahen ont aussi observé des paralysies diphthériques.

Des paralysies essentielles consécutives aux maladies aiguës, par M. Bruguier. (Thèses de Paris, nº 124.)

Ce travail est sérieusement fait ; il présente le tableau de ce que nous connaissons sur ce sujet ; il peut être ainsi résumé : Les maladies aiguës amènent à leur suite des paralysies plus ou moins étendues. — Très-probablement toutes les maladies aiguës sont susceptibles de produire ces accidents, mais ils sont plus communs après les maladies spécifiques et infectieuses qu'après les autres. — Les symptômes de ces paralysies, leur marche, se ressemblent tellement, qu'il ne paraît pas utile de faire de chacune d'elles une étude particulière. — Le pronostic est quelquefois grave, et elles doivent par conséquent attirer l'attention du praticien. — Le meilleur traitement à employer consiste dans l'usage combiné des excitateurs du système musculaire et des toniques névrosthéniques et analeptiques. — Enfin, le plus souvent, ces paralysies sont le résultat de l'empoisonnement de l'économie par l'affection antérieure; mais elles peuvent être quelquefois la suite de l'épuisement nerveux causé par les maladies ou la diète.

Angines couenneuses et paralysies diphthériques, par M. Lemarié. (Gazette des hôpitaux, p. 458.)

L'auteur a observé une épidémie d'angines couenneuses graves, suivies de paralysie et de convalescence longue. Rien de nouveau ni pour les symptômes ni pour le traitement. M. Lemarié a employé les toniques pour prévenir et pour faire disparaître ces paralysies.

Dans le même journal, p. 561, M. Besnard a publié des observations analogues.

Paralysie du voile du palais et du larynx, par M. Vigla. (Société médicale des hôpitaux de Paris, 8 février, et Union médicale, t. V, p. 572.)

Observation de paralysie localisée du voile du palais et du larynx chez un enfant. Le petit malade, alimenté par des injections de lait et de tapioca dans l'estomac, a guéri spontanément.

Note sur l'emploi de la strychnine dans la paralysie diphthérique, par M. Tillier. (Union médicale, t. VI, p. 37.)

La strychnine est pour M. Tillier le véritable remède de la paralysie diphthérique. — Dose de 5 milligrammes, que l'on augmente progressivement. — Six observations ; guérison constante en trois septénaires.—L'auteur administre simultanément le fer.

Les faits suivants ont encore été publiés sur les paralysies consécutives à des affections aiguës.

— Observation d'angine tonsillaire simple, suivie de paralysie du voile du palais et de symptômes généraux, considérés jusqu'ici comme conséquences exclusives des affections diphthériques, par M. Mayer. (Union médicale, t. VII, p. 553.)

— Quatre cas de paralysies du pharynx, à la suite d'angines simples, par M. Marquez. (Gaz. méd. de Strasbourg, 22 octobre, et Gaz. des hôp., p. 525.)

— Observations de paralysie diphthérique, par M. Barascut. (Gaz. des hôpit., p. 406.)

— Angine couenneuse. — Diphthérie cutanée. — Paralysie du voile du palais. — Hoquet. — Amaurose. — Paralysie des extrémités inférieures, par M. Espagne. (Gaz. des hôpit., p. 77.)

— Paralysie diphthérique. — Guérison par l'alimentation forcée à l'aide du cathétérisme pharyngien, par M. Leraton. (Gaz. des hôp., p. 411.)

— Angine pseudo-membraneuse. — Paralysie du voile du palais consécutive.—Passage d'un bol alimentaire dans la bronche gauche.—Asphyxie, par M. Roché. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 252.)

De la dysphagie diphthérique, par M. Gendron. (Union médicale, t. V, p. 569.)

L'auteur veut prouver par deux observations que l'angine couenneuse diphthérique, après avoir débuté sur les amygdales et le pharynx, envahit parfois le conduit alimentaire, en même temps que le larynx, qu'il en résulte un rétrécissement de l'œsophage, et par conséquent une dysphagie indépendante de la paralysie du voile du palais et des muscles pharyngo-œsophagiens. Il faut dans ces cas s'assurer par le cathétérisme de l'état de l'œsophage, et si on trouve un rétrécissement de l'œsophage, le combattre immédiatement par la dilatation.

Description d'un porte-caustique laryngien, par M. Fournié. (Académie de médecine, 6 novembre; *in extenso* dans la Gazette des hôpitaux, p. 554.)

Pour éviter la difficulté que l'épiglotte oppose à la pénétration dans le larynx, l'auteur a inventé un instrument particulier, capable de saisir l'épiglotte.

Il est composé de deux tubes glissant l'un sur l'autre, et dont les extrémités forment pince en forme de bec de brise-pierre; du bec supérieur de cette pince sort, de la longueur de 3 centimètres, une cuvette grillagée contenant du nitrate d'argent solide, et sur ce même bec se trouve un petit tube dans la même direction que la cuvette servant à conduire une solution caustique poussée par une petite seringue en verre, qui est fixée, ainsi que la tige poussant

la cuvette, à la partie antérieure de l'instrument et au-dessus de deux anneaux qui font ouvrir et fermer la pince.

Laryngite spasmodique. (Moniteur des sciences médicales, p. 694.)

Mort apparente. — Respiration artificielle. — Guérison.

Trois cas graves de laryngite, par M. Artaud.
(Gazette hebdomadaire, p. 189.)

Ces laryngites se sont produites en moins d'un mois chez trois frères; dans deux cas, il y a eu suppuration sans altération des cartilages. Mort.

Quelques mots sur l'angine œdémateuse, par M. Gasquet.
(Montpellier médical, t. IV, p. 193.)

L'œdème est généralement un épiphénomène, une forme, un accident de l'angine ou de la laryngite.—Il est rare que le génie inflammatoire n'y soit très-manifeste. — Le diagnostic en est le plus souvent facile à établir, sauf le cas rare où une tumeur anévrysmale détermine des phénomènes qui simulent exactement ceux de l'angine œdémateuse; cette erreur aurait les plus graves conséquences. — Il est important d'agir promptement pour supprimer la gêne mécanique que les bourrelets œdémateux apportent à la respiration.— Les scarifications, exécutées avec un bistouri entouré de linge jusqu'à une certaine distance de sa pointe, ou avec des ciseaux, paraissent un moyen puissant qu'il ne faut jamais négliger, et dont on favorise très-bien l'effet à l'aide d'un vomitif administré de suite.

Œdème de la glotte, par M. Proust. (Bulletin de la Société anatomique, p. 59.)

Il y avait en même temps une hypertrophie des glandes de la muqueuse laryngée.

Œdème de la glotte, par M. Worms. (Bulletin de la Société anatomique, p. 213.)

Une observation : les glandes de la base de la langue, les amygdales, l'épiglotte et les replis arythéno-épiglottiques étaient infiltrés de pus.

Traitement prophylactique de l'enrouement des chanteurs.
(Gazette médicale de Lyon.)

Boire, pendant cinq ou six jours, deux fois dans la journée

cinq ou six gouttes d'acide nitrique dans un verre d'eau sucrée. La dose peut être portée jusqu'à dix ou onze gouttes.

Aphonie alcoolique, par M. Hamon. (Gazette des hôpitaux, p. 221.)

C'est une affection rare; l'auteur en rapporte une observation : un homme de trente-cinq ans, ayant bu plus que d'habitude mais non jusqu'à l'ivresse, est pris tout à coup d'une aphonie absolue. Le visage était vultueux et il y avait des signes évidents de congestion des centres encéphaliques. Au lieu d'une déplétion sanguine et pour la remplacer, M. Hamon prescrivit une potion avec du bicarbonate de soude. Le lendemain, la congestion ayant diminué, il fut prescrit un vomitif, et immédiatement après, l'aphonie cessa.

Récupération de la parole, perdue depuis vingt-trois ans, par l'électropuncture, par M. Çamino. (Annales de l'électricité médicale, juillet.)

Remarques sur l'aphonie chronique des enfants, par M. Behrend. (Journal. f. Kinderkrankh, 1858, nos 9 et 10; Union médicale, t. VI, p. 46).

Cette affection, peu décrite par les auteurs, débute ordinairement par de la toux, à la suite de laquelle il reste un enrouement ou une aphonie, pouvant durer des années, avec la meilleure santé. A l'inspection de la gorge, on trouve tantôt de la pâleur avec relâchement de ces parties, tantôt des granulations. Tous les traitements intérieurs et extérieurs restent sans résultat, à l'exception des cautérisations faites avec une solution de nitrate d'argent, un huitième et un douzième. Il faut, le plus souvent, y revenir à différentes reprises, les faire profondément, et, autant que possible, y intéresser le larynx. L'auteur croit que l'altération observée sur le voile du palais, les amygdales et la paroi postérieure du pharynx, s'étend sur les cordes vocales.

De la laryngoscopie.

Nous avons, dans le tome III de *l'Annuaire*, p. 164 et 165, fait connaître les premiers travaux sur cette question, qui a acquis, en 1860, une grande importance. — M. Czermack, dans un livre intitulé :

Du laryngoscope et de son emploi en physiologie et en médecine, par M. Czermack. (Paris, J.-B. Baillière, in-8, 104 pages.)

M. Czermack, disons-nous, a publié le résultat de ses expé-

riences physiologiques et médicales. L'appareil instrumental dont il se sert se compose d'abord d'un miroir quadrangulaire, dont les angles sont arrondis ; à l'un de ces angles est fixée la tige destinée à maintenir le miroir. La forme importe peu d'ailleurs, on peut indifféremment se servir de miroirs ovales ou même ronds. Le diamètre doit être calculé d'après les dimensions de la gorge : il varie de 15 à 30 millimètres ; mais la mesure intermédiaire de 20 millimètres environ convient pour la plupart des cas. L'épaisseur du miroir est en moyenne de 2 millimètres. — Le miroir doit être préalablement échauffé soit en le plongeant dans l'eau chaude, soit surtout en exposant le côté réflecteur à l'action de la flamme. — La tige soudée à l'un des angles est longue d'environ 8 à 9 centimètres du point d'attache au manche que l'opérateur tient dans la main ; elle est coudée sous un angle obtus, assez souple pour prendre la courbure nécessaire, assez rigide pour ne pas être déviée pendant l'application. — Pour envoyer sur le miroir une quantité suffisante de rayons lumineux, M. Czermack a réalisé un progrès important en étendant à la laryngoscopie le mode d'éclairage artificiel que le professeur Helmholtz a appliqué d'une manière si heureuse à l'ophthalmoscopie. La méthode ne diffère que par des modifications accessoires. — Voici quel est le manuel opératoire : — Le malade est assis en face de l'opérateur, les mains appuyées sur les genoux, le corps légèrement incliné en avant, le cou tendu et un peu renversé en arrière, la bouche très-largement ouverte, et la langue aussi abaissée et aplatie que possible. — L'opérateur, assis vis-à-vis, maintient entre ses genoux les genoux de l'opéré, en ayant soin de se placer en pleine lumière, après avoir disposé sur une table, à la hauteur de son bras droit, une lampe d'un fort calibre, muni d'un écran, comme pour l'examen ophthalmoscopique, et qui projette une vive lumière sur le fond de la bouche. — Le second temps de l'opération consiste à introduire le miroir réflecteur, convenablement échauffé, et à l'incliner de telle sorte, après quelques tâtonnements, qu'il fournisse le plus de lumière possible. A cet effet, on invite le malade à une double manœuvre qui consiste alternativement à pratiquer une inspiration profonde et à émettre le son *é*. Pendant un de ces moments, on porte le miroir sous le voile du palais et la luette, momentanément soulevés, en modifiant plus ou moins sa position suivant les images perçues. — L'opérateur, au lieu de se contenter du miroir réflecteur, peut se munir en outre d'un miroir éclairant et perforé à son centre. Ce dernier, tenu à distance convenable de l'œil de l'observateur, est rond, d'un diamètre moyen de 8 à 10 centimètres, et ne diffère en rien de celui qui est usité pour l'examen ophthalmoscopique ; seulement, comme le médecin a besoin d'avoir les deux mains libres, on a adapté le miroir à une

tige coudée, munie à son extrémité libre d'une spatule de bois, que le médecin tient entre les dents, et à laquelle il imprime, par un léger déplacement des mâchoires, tous les mouvements qu'il juge nécessaires.

M. Czermack a pu, au moyen de cet instrument, étudier la phonation et rapporter à des lésions matérielles des aphonies que l'on regardait comme étant de nature nerveuse.

Les travaux de Czermack, de Semeleder, de Stoerck, etc., ont été analysés par différents journaux : — *Gazette des hôpitaux*, p. 129 et 177. De la laryngoscopie et de ses applications à la clinique. — *Archives générales de médecine*, février, p. 209. De l'exploration physique des organes. Laryngoscopie.

Laryngoscope, par M. Price. (Gazette médicale de Lyon, p. 45.)

Il se compose d'un disque d'acier bien poli, articulé au moyen d'une vis avec une longue tige qui lui sert de manche. L'articulation est disposée de manière à permettre de monter les deux parties l'une sur l'autre, selon l'angle voulu.—Il est destiné surtout à examiner la base de la langue et l'ouverture supérieure des voies aériennes.

Laryngoscope, par MM. Czermack et Tavernier. (Gazette des hôpitaux, p. 446.)

Plusieurs observations cliniques : enrouements et aphonies, liés, ainsi que le laryngoscope permet de le constater, à des tuméfactions des cordes vocales, à des excroissances, à des ulcérations.

Applications cliniques de la laryngoscopie (Gazette des hôpitaux, p. 202.)

Applications du laryngoscope faites par M. Czermack dans différents hôpitaux, suivies toujours de succès pour le diagnostic.

Sur l'emploi du laryngoscope, par M. Gerhabdt. (Archiv. fuer physiologische keilkunde ; Gazette médicale, p. 785.)

Rien de nouveau. Court résumé des pratiques les plus usuelles de la laryngoscopie.

Laryngoscopie, par M. Giraud-Teulon. (Gazette des hôpitaux, n° 15.)

L'auteur rapporte une observation de désordres laryngiens, que M. Czermack a rendus évidents pour tous les assistants au moyen de son laryngoscope. — Ne serait-il pas convenable, pour

faciliter les manœuvres, de produire l'anesthésie du voile du palais, en donnant aux malades du bromure de potassium?

Laryngoscopie, par M. Mandl. (Gazette des hôpitaux, p. 270 et 294.)

Une observation ainsi résumée : raucité de la voix ; atrophie des cordes vocales droites ; tuberculisation au premier degré du côté droit.

Une autre observation a pour titre : aphonie intermittente ; pleurésie et bronchite chroniques; paralysie hystérique du laryngé supérieur.

Aphonie complète, par M. Moura-Bourouillon. (Académie des sciences, 1er octobre.)

Elle était liée à des productions pathologiques dans le larynx, constatées par l'examen laryngoscopique.

Diagnostic des maladies thoraciques et abdominales par la compression des pneumogastriques et des grands sympathiques, par M. Pinel neveu. (Académie de médecine, 13 mars.)

La connaissance exacte des maladies thoraciques, *surtout à leurs débuts*, est donnée par la compression des pneumogastriques à leur région cervicale. Cette compression excite une douleur locale vive, répondant toujours au côté le plus lésé, et si les ganglions bronchiques ne les paralysent pas, en les pressant ou les distendant, il se produit au siége du mal une compression pénible, différente pour l'asthme, la pneumonie, la pleurésie et la phthisie. En règle générale, toute douleur vive dans la cavité thoracique se reproduit à la compression. Ces phénomènes se perçoivent dans les maladies de l'estomac, du foie, du cerveau et du cœur. — La compression du grand sympathique, dans l'hypertrophie des viscères abdominaux, excite, au côté correspondant, une douleur très-vive ; s'il existe des ulcérations de l'intestin, elle se montre des deux côtés.

Valeur clinique des signes fournis par l'auscultation et la percussion, par M. Bertulus. (Gazette des hôpitaux, p. 25.)

L'auteur rapporte des faits cliniques et des recherches nécroscopiques pour prouver que les divers signes fournis par la percussion et l'auscultation ne se rapportent pas constamment à des lésions pulmonaires ou cardiaques, invariables et positives.

Sur la grippe, par M. Maximin Legrand. (Union médicale, t. V, p. 529.)

Le mémoire de notre confrère est bien pensé et bien écrit ; c'est un des meilleurs travaux qui aient été publiés sur cette difficile question. L'auteur se résume ainsi : La grippe est une maladie essentiellement épidémique. — Les lésions anatomiques qui lui appartiennent en propre sont celles qui caractérisent la phlegmasie des membranes muqueuses des voies respiratoires et digestives. On a voulu faire, à tort, de la pneumonie qui la complique dans quelques cas, une espèce particulière connue sous le nom de pneumonie fibrineuse. — Rien ne prouve que les causes de la grippe soient de nature spécifique. Ces causes doivent être cherchées dans des conditions atmosphériques qui dominent dans certains climats, à certaines époques de l'année ; et, secondairement, on peut les chercher aussi dans les habitudes sociales, les professions et le tempérament de ceux qui subissent l'influence de l'épidémie. — Les symptômes de la grippe, y compris ceux que l'on désigne sous le nom de symptômes généraux, sont les mêmes que ceux que l'on observe dans tous les cas de phlegmasie des membranes muqueuses respiratoires et gastro-intestinales. Leur intensité est proportionnelle à l'étendue et à la multiplicité des différentes muqueuses envahies. — Le diagnostic de la grippe n'offre pas de difficultés sérieuses. — Le pronostic est toujours favorable quand elle est simple. — La complication la plus grave de la grippe est la pneumonie. La pneumonie grippale est en général partielle ; elle est due à l'extension de la phlegmasie des bronches au parenchyme pulmonaire ; comme la grippe, elle n'offre rien de spécifique. — La marche de la grippe simple est rapide et franche ; elle se termine par la guérison ou par le passage de la phlegmasie des bronches à l'état de bronchite chronique ; sa durée, ordinairement courte, dépend de l'époque de l'année où a commencé l'épidémie ; il en est de même du nombre des rechutes et des récidives. — Le traitement de la grippe à l'état simple pourrait se réduire aux seules prescriptions de l'hygiène. Les calmants, les évacuants, et la médication térébenthinée sont les moyens qui, jusqu'à présent, ont paru les plus efficaces. — Quand la pneumonie complique la grippe, il faut la combattre par la saignée, lorsqu'elle est absolument indiquée ; par les vésicatoires et les antimoniaux, qui le sont toujours.

De la nature contagieuse de la grippe, par M. Blanc. (Union médicale, t. VI, p. 360.)

M. Blanc écrit à M. Legrand une lettre, dans laquelle il cite de nombreux faits à l'appui de la nature contagieuse de la grippe.

M. Legrand croit que, même après la lettre de M. Blanc, la nature contagieuse de la grippe n'est pas mise hors de doute.

Des déchirures traumatiques spontanées du poumon, par M. Coindet. (Thèses de Paris, n° 43.)

Considérations cliniques sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale, par M. Dupré. (Montpellier médical, t. IV, p. 97.)

L'auteur, par un grand nombre d'observations et après une longue discussion, arrive à ces conclusions : Il existe des maladies aiguës des organes de la respiration qui méritent le titre de catarrhales. — La fluxion fébrile étant le phénomène dominant, les lésions locales constituant des circonstances secondaires de leur histoire, on peut avec raison leur donner le nom de fluxions de poitrine catarrhales. — Les causes, les symptômes, la marche, les modes de terminaison, la thérapeutique. tout établit leur individualité et les sépare aussi bien des maladies décrites sous le nom de pleuro-pneumonies *fausses*, que sous celui de pleuro-pneumonies *inflammatoires*.

M. Bassaget (Montpellier médical, t. V, p. 159), s'élève contre le mot fluxion de poitrine, qui, dit-il, ne nous fournit que des idées nulles ou fausses.

Quelques mots sur les fluxions en général et sur les fluxions de poitrine en particulier, par M. Taverne. (Thèses de Montpellier, n° 55.)

Des pneumonies secondaires, par M. Vulpian. (Thèses de Paris pour l'agrégation. — A. Delahaye, in-8, 93 pages.)

Lorsqu'une pneumonie est consécutive à un état morbide qui paraît avoir exercé sur son développement une influence, soit excitatrice, soit prédisposante, on dit que cette pneumonie est *secondaire*. — Il est nécessaire de diviser les pneumonies secondaires en *aiguës* et en *chroniques*. — Après avoir étudié les lésions propres aux pneumonies secondaires, l'auteur arrive à cette conclusion : D'une façon très-générale, ce n'est pas la pneumonie franche qui s'y montre d'ordinaire ; on y observe le plus souvent les diverses formes de peneumonies bâtardes, état fœtal, pneumonies lobulaires, splénisation. En second lieu, ces affections sont presque toujours liées à un catarrhe bronchique. En troisième lieu elles sont très-souvent doubles, et enfin elles occupent le plus constamment soit les lobes inférieurs, soit le bord postérieur des poumons. — Quant à l'étiologie et au mé-

canisme, M. Vulpian dit que la faiblesse est une des conditions prédisposantes les plus puissantes de la pneumonie secondaire. Les conséquences de cette faiblesse se font sentir dans tous les organes; la force des contractions du cœur diminue dans certains cas, les vaisseaux se dilatent passivement, et le sang, ne recevant plus qu'une faible impulsion, tend à obéir aux lois de la pesanteur qui le sollicitent constamment. Il s'accumule dans les parties déclives; et ces congestions passives doivent être et sont, en effet, très-prononcées dans les poumons, à cause de leur riche vascularité. Ces congestions prennent certainement une part plus ou moins grande dans la production des pneumonies secondaires, car celles-ci siégent presque constamment au niveau du bord postérieur et des lobes inférieurs des poumons chez les individus couchés dans le décubitus dorsal; au niveau des parties antérieures, lorsque, par des circonstances quelconques, le décubitus a été abdominal, et, dans un cas où une malade avait dû rester constamment assise dans son lit, l'hépatisation était bornée à la base des deux poumons. — Les modifications de la crase du sang par les divers poisons morbides et par toutes les affections générales, que ces modifications soient aiguës ou bien qu'elles aient été déterminées peu à peu, comme dans la plupart des diathèses et des cachexies, doivent concourir aussi, mais par un mécanisme profondément ignoré, à la production des phlegmasies secondaires du poumon. — Pour la symptomatologie, ces affections offrent, très-souvent associés, les signes de la bronchite et ceux de la pneumonie. Ce sont, dans la majorité des cas, des pneumonies bâtardes (*peripneumonia notha, spuria*), des broncho-pneumonies; — elles sont fréquemment doubles: — elles sont assez souvent latentes; — leurs signes physiques présentent, dans un bon nombre de cas, une remarquable mobilité; — elles ont une grande tendance à prendre une forme adynamique typhoïde; — leur résolution est ordinairement lente. — Le pronostic des pneumonies secondaires a une grande gravité. — L'indication la plus générale du traitement est de soutenir ou de relever les forces du malade.

De la pneumonie chronique, par M. Charcot. (Thèses de Paris pour l'agrégation.— A. Delahaye, in-8, 67 pages et 1 planche.)

C'est une affection rare; M. Charcot indique les sources où l'on peut trouver l'histoire de la pneumonie chronique. — Dans le premier chapitre, il étudie la pneumonie chronique simple et, par l'anatomie pathologique, il arrive à en distinguer deux formes ou plutôt deux degrés : la pneumonie chronique non ulcéreuse et la pneumonie chronique ulcéreuse. — Dans les détails qui existent actuellement dans la science, il est difficile de trou-

ver une histoire générale de la pneumonie chronique. — Dans un second chapitre, M. Charcot traite de quelques lésions du parenchyme du poumon dans leurs rapports avec la pneumonie chronique. — A la fin, on trouve une observation inédite de pneumonie chronique ulcéreuse.

Sur la pneumonie typhoïde, par M. Gauchet.
(Union médicale, t. VI, p. 131.)

Une observation que M. Gauchet fait suivre d'une discussion intéressante; il faut, ainsi que M. Grisolle l'a fait, distinguer la pneumonie typhoïde de la pneumonie, complication de la fièvre typhoïde. Celle-ci n'est qu'un épiphénomène, qu'une conséquence de la maladie générale, d'une infection de toute l'économie, à laquelle il faut rapporter tous les symptômes qu'on observe, tandis que la pneumonie typhoïde est une pneumonie *primitive* qui, en raison des conditions individuelles ou atmosphériques, détermine cette série d'accidents qu'on rencontre dans les fièvres graves ou typhoïdes. — Les indications dans la pneumonie typhoïde se tirent surtout de l'état général.

De la pneumonie rhumatismale, par M. Bourdon.
(Société médicale des hôpitaux, 11 avril.)

M. Bourdon a observé le cas très-complexe d'un sujet atteint de rhumatisme généralisé, chez lequel, après les articulations, on vit se prendre successivement le péricarde, l'endocarde, les poumons, les parotides et l'encéphale, complications qui avaient amené la mort du sujet. Les lésions du cœur et des méninges ne présentant rien qui fût en dehors des faits signalés par tout le monde, M. Bourdon a surtout insisté sur la complication pulmonaire. Cette pneumonie rhumatismale a offert une marche particulière et des signes spéciaux, tels que l'absence des râles crépitants, du souffle tubaire, de l'expectoration. A l'autopsie, le tissu du poumon n'était pas hépatisé; projeté dans l'eau, il surnageait; il n'était pas granuleux, il était cependant friable, son aspect était analogue à celui de l'œdème ou de la congestion pulmonaire. M. Bourdon analyse ensuite les cas semblables qu'il a pu trouver dans les auteurs.

De la fièvre pernicieuse pneumonique, par M. Saillard.
(Thèses de Paris, n° 160.)

L'auteur établit que la fièvre intermittente pernicieuse pneumonique existe; — que la pneumonie dans cette fièvre peut atteindre le deuxième degré, caractérisé par le souffle tubaire, la

matité, la résonnance vocale, etc., signes qui disparaissent au moment de l'apyrexie ; — que ces désordres pulmonaires sont sous la dépendance immédiate de l'élément paludéen ; — que le sulfate de quinine guérit à la fois et la fièvre et la pneumonie ; — que le traitement ordinaire des pneumonies franches est insuffisant.

Pneumonie associée à la fièvre intermittente, par M. Rey. (Union médicale de la Gironde, mars.)

Observation d'une pneumonie, qui affecta un malade soumis à l'infection paludéenne ; la pneumonie résista à toutes les médications jusqu'à ce que le *génie* intermittent eût été convenablement combattu.

Caractère spécial de l'urine dans la pneumonie, par M. Van Oye. (Gazette médicale, p. 62.)

Ce caractère consiste dans la diminution ou même dans la disparition du chlore dans l'urine, durant le cours de la pneumonie.

On a encore publié sur divers points de la pneumonie, les thèses suivantes :

— Etiologie de la pneumonie lobaire, par M. Larrat (Thèses de Paris, n° 109).

— De la pneumonie des vieillards, considérée dans ses rapports avec le catarrhe et la pleurésie, par M. Liscoat (Thèses de Paris, n° 56).

— Quelques mots sur les moyens de traitements employés contre la pneumonie chez les enfants, par M. Charpentier (Thèses de Paris, n° 122).

— Quelques réflexions sur les principales espèces de pneumonies, par M. Machalin (Thèses de Montpellier, n° 10).

Pneumonie, par M. Brandicourt. (Gazette médicale, p. 268.)

Ce fait est remarquable en ce que la pneumonie s'est terminée par une collection purulente interne à la région lombaire.

Recherches statistiques sur la mortalité dans la pneumonie, par M. Gordon. (Montpellier médical, t. IV, p. 254.)

Ce consciencieux travail est fait avec un très-grand nombre d'observations ; il se termine par ces conclusions : Les conditions d'âge, de sexe, de constitution, de climat, de saison, etc., sont indispensables pour dresser une bonne statistique. — Ces condi-

tions influent d'une manière évidente sur la mortalité de la pneumonie traitée par la saignée et sans la saignée. — En traitant la pneumonie, on oublie trop le pneumonique lui-même, et les circonstances au milieu desquelles il est placé. — Une pneumonie ne doit pas être réputée, dans toutes les circonstances, dans tous les sujets, dans tous les temps, une seule et même maladie. — Les statistiques médicales de la pneumonie prouvent qu'il n'existe point de traitement absolu de cette maladie; que les diverses méthodes de traitement comptent des succès et des revers ; que le médecin judicieux n'appliquera jamais à cette maladie un traitement uniforme; mais, tenant compte de ses succès et de ses revers, analysant les circonstances qui ont amené les uns ou les autres, il appliquera un traitement approprié à chaque cas spécial, n'en excluant aucun, n'en adoptant aucun d'une manière absolue.

Du vin dans la pneumonie. (Union médicale, t. VII, p. 565.)

Article de *The Lancet,* dans lequel on montre comme d'un usage vulgaire en Angleterre le vin et les autres stimulants dans presque tous les cas d'asthénie et d'adynamie ; dans un cas de pneumonie avec faiblesse extrême du malade, la guérison a été obtenue et elle est attribuée au traitement par le vin et l'eau-de-vie. — M. Max. Legrand rappelle à ce propos que les alcooliques ont été employés avec succès contre les hémorrhagies puerpérales, contre le choléra, contre l'empoisonnemet septique.

Sur le traitement de la pneumonie sans émissions sanguines, par M. Bourgeois. (Union médicale, t. V, p. 7.)

La pneumonie est une *affection générale localisée,* qu'il ne faut pas confondre avec l'inflammation pure et simple du parenchyme pulmonaire (pneumonite), occasionnée par la présence de corps étrangers ou par des lésions traumatiques. — La forme légitime, franche, de cette maladie ne se termine guère avant neuf jours, quant à son appareil symptomatique ; mais il faut plusieurs semaines pour que les lésions pulmonaires disparaissent. Elle se juge rarement par des crises manifestes. — Bien qu'elle soit l'apanage de l'âge moyen, on l'observe quelquefois de quatre à cinq ans, et parfois chez des vieillards septuagénaires ou octogénaires, mais forts, sanguins et bien conservés. Il est absolument impossible de la juguler, et elle doit parcourir toutes ses périodes, quel que soit le traitement employé. — Elle est, en général, d'une gravité médiocre, dans la forme où nous l'étudions, et elle guérit dans la très-grande majorité des cas, sous l'influence des seuls efforts de la nature.— La saignée, qui n'est

nullement antiphlogistique, n'a contre elle aucun effet curatif, elle peut même devenir nuisible en empêchant les efforts salutaires de l'organisme, en retardant la convalescence et en engendrant les diverses affections que peut déterminer une anémie plus ou moins profonde. — La couenne inflammatoire ne commande pas les émissions sanguines.— Jusqu'ici, les relevés faits à la suite du traitement habituel offrent un résultat moins favorable que ceux du petit nombre de praticiens qui s'abstiennent de saigner.

Note sur le traitement de la pneumonie. Deux mots à ce propos sur la médication alcaline, par M. Hamon. (Gazette des hôpitaux, p. 46.)

Je crois, dit M. Hamon, que dans certains cas donnés, le traitement antiphlogistique est impérieusement indiqué : c'est lorsqu'on est appelé au début de la maladie, que le sujet accuse de la céphalalgie, que son visage est coloré, son pouls plein et dur, lorsqu'il y a de la chaleur à la peau, de la courbature, des urines fébriles, etc., quand, en un mot, l'état phlogistique est bien accusé : seulement, au lieu de recourir alors au traitement antiphlogistique classique, j'administre le bicarbonate de soude à la dose de 10 à 15 grammes dans un julep pour les vingt-quatre heures. Sous l'influence de ce moyen, on voit presque aussitôt survenir une réaction très-prompte et des plus remarquables. La céphalalgie, la chaleur à la peau, les courbatures, l'oppression, la soif disparaissent; les urines deviennent moins fébriles, le pouls plus souple, le facies moins coloré. En moins de vingt-quatre heures, en un mot, la métamorphose est complète. Cette impulsion favorable une fois donnée, la nature souvent est devenue apte à se suffire à elle-même. A partir de ce moment, du moins, l'intervention de l'art a besoin d'être beaucoup moins active.

Du traitement de la pneumonie par l'acétate neutre de plomb, par M. Strohl. (Gazette médicale de Strasbourg, n° 5.)

M. Strohl est sobre d'émissions sanguines générales. Quand il y a pléthore, forte congestion sanguine, il saigne une fois, rarement deux ; hors de là, il se borne à faire appliquer quelques ventouses scarifiées ou quelques sangsues. Dès le début, il donne l'acétate de plomb à doses assez élevées, de 25 à 35 centigrammes, et il va parfois jusqu'à 50 centigrammes. Le pouls ne tarde pas à baisser de 10 à 15 pulsations, il tombe même quelquefois au-dessous du chiffre normal. Les symptômes locaux continuent d'abord à s'étendre; le souffle persiste, il augmente même; les râles crépitants semblent gagner en force et en étendue ; mais

bientôt le malade éprouve une sensation de bien-être : la résolution commence à s'opérer. Dès ce moment, dès que les symptômes locaux s'améliorent, M. Strohl suspend l'administration du sucre de Saturne ; le travail de résolution achève de s'accomplir tout seul. La convalescence se déclare au bout de cinq, six, huit, quelquefois douze jours de traitement ; cette convalescence est bien franche ; l'appétit se fait ressentir avant que la résolution soit complète, et les forces ne tardent pas à se rétablir. — Chez les enfants, même très-jeunes (de six à huit mois), et chez les vieillards, l'acétate de plomb donne des résultats tout aussi satisfaisants, même dans les cas les plus difficiles.

De la méthode antipyrétique et de son emploi dans le traitement des maladies aiguës. — De la valeur de la vératrine dans le traitement de la pneumonie, par M. Vogt. (Bulletin de Thérapeutique, LVIII, p. 49.)

Ce qui caractérise la pratique de M. Vogt, c'est qu'il cherche à obtenir aussi sûrement et aussi rapidement que possible la chute du pouls, qu'il maintient dans cet état d'abaissement jusqu'au moment où la disparition du travail fébrile est sur le point d'avoir lieu. — Appliquée à la pneumonie, cette pratique a donné de bons résultats ; nous ne suivrons pas l'auteur dans les explications qu'il donne sur la première et la seconde exacerbation fébrile, etc. Contentons-nous d'indiquer qu'il administre la vératrine à la dose de 5 milligrammes, toutes les deux ou trois heures, jusqu'à production du vomissement ou ralentissement du pouls.

Des indications particulières et du traitement des différentes formes de la pleurésie avec épanchement, par M. Dauvergne. (Bulletin de Thérapeutique, LIX, p. 64.)

Après avoir rapporté un grand nombre de faits, l'auteur pose ainsi les règles de la thérapeutique de la pleurésie : — Au début de la maladie, lorsqu'il y a fièvre, il faut user largement des évacuations sanguines, les proportionner à la fièvre et les continuer, ainsi que la diète la plus rigoureuse, tant que persiste cette même fièvre. — Il faut généralement rejeter les vésicatoires, excepté dans ces épanchements chroniques, sans réaction fébrile, où ils se montrent vraiment efficaces, peut-être par un effet simplement physique d'exosmose. — A part ces cas exceptionnels, ils sont plus nuisibles qu'utiles, et ils sont certainement fâcheux lorsqu'il y a encore de la fièvre, ou que celle-ci vient à peine de cesser. — Ces emplâtres cantharidés sont surtout nuisibles dans les cas où il s'agit de fausses membranes ou de liquide purulent,

parce qu'ils augmentent le travail pathologique au lieu de le diminuer. — Dans ces cas-là surtout, le retour aux émissions sanguines ou l'insistance à tirer du sang, les frictions mercurielles et les altérants à l'intérieur, comme les alcalins et le tartre stibié à dose fractionnée, sont bien préférables, secondés qu'ils doivent toujours être par un régime diététique sévère, qui, de concert avec ces moyens, favorise le mouvement de résorption générale. — Il faut revenir aux émissions sanguines, quels que soient l'ancienneté de la maladie et le degré où elle est parvenue, si le pouls témoigne d'une forte impulsion, d'une fièvre encore active. — Il ne faut jamais, dans cette maladie, se reposer sur les efforts de la nature, mais combattre jusqu'au bout, au moyen d'une thérapeutique aussi active que rationnelle.

Pleurésie hémorrhagique, par M. Barth. (Société médicale des hôpitaux de Paris, 8 août; Union médicale, t. VII, p. 461 et 558.)

L'observation de M. Barth a pour titre : Cancer du poumon et de la plèvre; épanchement pleural-hémorrhagique. — Il s'agit d'un homme qui présentait les phénomènes locaux et généraux d'un épanchement considérable dans la plèvre gauche; pas de trace de tuberculisation. Les phénomènes de dyspnée ayant beaucoup augmenté, on fait la thoracentèse. Il s'écoule 3$^{lit.}$,80 d'un liquide qui a l'apparence du sang pur, de teinte noirâtre. Les jours suivants, amélioration sensible; puis le malade succombe avec de la dyspnée, sans troubles cérébraux. — A l'autopsie, on trouve des masses cancéreuses sous la plèvre et dans le poumon gauche ; dans la plèvre, 2 litres de sang semblable à celui qui avait été retiré. — Cancers dans différents organes.

Dans la discussion qui a eu lieu à la suite de cette communication, M. N. Guillot dit qu'il a observé des hémorrhagies pleurales et sous-pleurales chez les enfants, surtout à la suite de rougeole maligne ; — M. Roger veut qu'on distingue les hémorrhagies, qui, d'abord sous-pleurales, deviennent ensuite pleurales, des hémorrhagies qui, primitivement occupent la plèvre; les causes de ces dernières sont encore obscures.

Pleurésie chronique. (Bulletin de Thérapeutique, LVIII, p. 178.)

Observation de pleurésie remarquable en ce qu'elle existait avec un empyème datant de sept mois; — thoracentèse; — fistule pleurale; — débridement de la plaie; — accidents graves; — guérison.

Pleurésie aiguë guérie spontanément par l'accouchement. (Bulletin de Thérapeutique, LVIII, p. 86.)

Pleurésie aiguë, accompagnée d'épanchement considérable, et traitée avec succès par la thoracentèse, par M. Moynier. (Bulletin de Thérapeutique, LIX, p. 273.)

Epanchement considérable, ne produisant pas la moindre oppression, presque latent pour les symptômes fonctionnels, ayant rapidement acquis un grand volume. Bien qu'il n'y eût pas asphyxie, M. Moynier s'est décidé à pratiquer la thoracentèse, surtout parce que le cœur était déplacé et que c'est dans ces cas que surviennent les syncopes mortelles. — L'opération, parfaitement inoffensive, a amené une guérison rapide.

Epanchement pleurétique, par M. Lafont-Gouzy. (Gazette des hôpitaux, p. 407.)

On a pratiqué la thoracentèse. Guérison.

Autres publications sur la pleurésie :

— Essai sur les épanchements pleurétiques, considérés au point de vue du diagnostic et du traitement, par M. Vital-Mory (Thèses de Montpellier, n° 35).

— De la thoracentèse ou paracentèse thoracique dans les épanchements pleurétiques aigus, par M. Riebuyck (Thèses de Paris, n° 183).

— Des avantages et de l'efficacité des injections iodées dans le traitement des épanchements thoraciques purulents, par M. Lemoine-Maudet (Thèses de Paris, n° 212).

De l'hémoptysie considérée au point de vue de l'étiologie et du diagnostic, par M. Castex. (Thèses de Montpellier, n° 52.)

Hémoptysie et écorce de mélèze, par M. Daly. (Medical Times; Archives générales de médecine, février, p. 236.)

L'écorce de mélèze contient beaucoup de tannin. M. Daly a employé avec succès la teinture d'écorce de mélèze (20 gouttes toutes les trois heures).

De l'odeur particulière de l'haleine dans certains cas d'apoplexie pulmonaire, par M. Guéneau de Mussy. (Société médicale des hôpitaux de Paris, 11 juillet; Union médicale, t. VII, p. 330.)

M. Guéneau de Mussy a constaté trois fois, dans des cas d'a-

poplexie pulmonaire, une odeur particulière de l'haleine des malades, qui est alliacée, aigrelette, rappelant celle du sirop de raifort ou du sirop antiscorbutique. — Il n'affirme pas que ce signe soit constant ; il ne sait pas si cette odeur ne se rencontre pas dans d'autres affections ; mais, comme les signes de l'hémorragie pulmonaire sont souvent incertains, il croit devoir signaler cette fétidité de l'haleine comme pouvant aider au diagnostic.

Cancer du poumon, par M. Gallard. (Société médicale des hôpitaux de Paris, 22 mars ; Union médicale, t. VI, p. 333.)

L'auteur ne peut pas fournir des renseignements cliniques complets ; c'est à l'autopsie seulement qu'on a constaté l'existence d'un cancer du poumon, de la plèvre, du péricarde et des ganglions thoraciques.

Cancer du médiastin ; obstruction de la veine cave supérieure. (Med. Times ; Union médicale, t. V, p. 157.)

Il y avait, chez ce malade, de l'œdème et une dilatation des veines, indiquant une obstruction de la veine cave supérieure. A l'autopsie, on constata un cancer qui comprimait la veine cave et la plupart des organes contenus dans les médiastins. Le malade avait succombé à un accès de dyspnée : les pneumogastriques étaient comprimés.

Etudes sur l'emphysème vésiculaire du poumon, sur l'asthme et sur leur guérison par le bain d'air comprimé, par M. Bertin. (Montpellier médical, t. IV, p. 201, 419, 506.)

M. Bertin a montré, dans un premier travail, que l'emphysème essentiel était guéri par le bain d'air comprimé ; il a appliqué cette méthode de traitement à des cas d'emphysème survenu à la suite de fréquents accès d'asthme catarrhal ou nerveux. Il s'est proposé de savoir si dans ces cas où la maladie est souvent moins étendue, les complications qui existent ne pouvaient pas suffire pour la rendre plus grave et la soustraire à l'action curative de l'air comprimé. Voici, à cet égard, ce que lui ont appris les faits : — Sur 92 cas de cette nature, il a trouvé 67 exemples de guérison complète et durable ; les 25 autres n'ont pas été rangés dans la même catégorie, soit parce qu'un traitement interrompu trop tôt avait laissé subsister quelques traces d'emphysème, soit parce que les maladies qui les compliquaient persistaient encore avec quelque énergie, et que quelques-uns de leurs symptômes particuliers ne permettaient pas de s'assurer de la

guérison absolue de l'emphysème. Ce n'est, au reste, que dans 3 de ces 25 cas qu'il a résisté d'une manière presque absolue; dans tous les autres, l'état du malade était si heureusement modifié; la dilatation du thorax, son immobilité, sa résonnance tympanique, l'extinction plus ou moins complète des bruits respiratoires, symptômes qui n'appartiennent qu'à l'emphysème, étaient si bien dissipés, qu'il eût été permis de croire à de véritables guérisons. Toute hésitation à ce sujet dépendait d'un reste d'oppression qui pouvait, il est vrai, se rattacher à quelques dernières traces d'emphysème, mais plus vraisemblablement aussi au spasme ou au catarrhe, comme l'indiquait la présence des râles qui leur appartiennent et qui ne permettaient pas toujours d'apprécier exactement l'état des bruits de la respiration. — Du reste, ajoute M. Bertin, sous l'influence de l'air comprimé, l'affection catarrhale elle-même a été très-souvent guérie, d'autres fois considérablement soulagée. Dans tous les cas, les malades se montraient, par la suite, bien moins impressionnables aux causes qui autrefois les enrhumaient, et leurs catarrhes, quand ils en contractaient, étaient exempts des angoisses qui, sous l'influence de l'emphysème, les rendaient autrefois si pénibles. Ce n'étaient plus des accès d'asthme. — Les asthmes nerveux ont dû parfois à leur caractère particulier une plus grande résistance, mais le plus grand nombre a cédé, et quand, après la guérison, une cause quelconque réveillait un instant de dyspnée, celle-ci, simple phénomène spasmodique, était toujours exempte des angoisses et de la durée qu'elle présentait jadis.

Traitement de la dyspnée par les préparations de noix vomique, par M. Duncan. (Union médicale, t. VII, p. 198.)

M. Duncan a obtenu de bons résultats de l'usage de la noix vomique dans des cas de dyspnée liée à la bronchite chronique. La dyspnée est rapportée à la paralysie des fibres de Reissessen, et c'est contre cette paralysie que convient la noix vomique.

Le même article a été publié par différents journaux, sous le titre de *Paralysie des muscles des bronches.*

Essai sur l'histologie du tubercule pulmonaire, par M. Masson. (Thèses de Paris, n° 189.)

Dans cette thèse convenablement faite, l'auteur établit que le tubercule pulmonaire ne possède pas d'éléments spécifiques; — que ce qu'on a pris pour des corpuscules spécifiques servant à caractériser le tubercule pulmonaire n'est autre chose que le res-

tant des éléments cellulaires très-reconnaissables ; — que le tubercule pulmonaire est dû à une altération complète de l'épithélium qui tapisse l'infundibule pulmonaire ; — que si l'on a recherché à attribuer constamment un indice spécifique au tubercule pulmonaire, c'est faute d'avoir observé assez attentivement l'évolution régulière de l'altération progressive de la cellule épithéliale, et de n'avoir examiné que des parcelles de poumon déjà trop altéré, où il n'était plus possible de reconnaître les vestiges de cette cellule.

De la cachexie tuberculeuse sans phthisie pulmonaire, par M. Forget, (Gazette médicale, p. 808.)

Quatre observations de cachexie scrofuleuse et tuberculeuse chez l'adulte, dont trois sans tubercules pulmonaires et la dernière avec tubercules pulmonaires guéris. — Il ne faut pas se hâter de considérer comme phthisiques les individus affectés de cachexie scrofuleuse et tuberculeuse. — La phthisie peut guérir, même sous l'empire de la cachexie tuberculeuse persistante.

Essai sur la phthisie pulmonaire (pneumophymie) ; ses causes et son traitement, par M. Pedro de Castel-Branco. (Thèses de Paris, n° 176.)

Leçons cliniques sur les causes et le traitement de la tuberculisation pulmonaire faites à l'Hôtel-Dieu, par M. N. Guéneau de Mussy, recueillies par M. Wieland. (Paris, A. Delahaye, in-8, 138 pages.)

Ces leçons sont instructives autant qu'intéressantes à lire. M. Guéneau de Mussy déclare d'abord qu'il ne faut pas désespérer, parce que la phthisie peut guérir, parce qu'elle guérit plus souvent qu'on ne le pense. — Il étudie ensuite l'étiologie de cette maladie et il arrive à cette conclusion : qu'en dehors des causes directes, comme l'hérédité et la contagion, si elle existe, les causes prédisposantes ou occasionnelles les plus puissantes et les plus saisissables de la tuberculisation sont la débilitation, l'affaiblissement de la force organique et une incitation anormale locale. — La phthisie pulmonaire est la manifestation d'une diathèse, c'est-à-dire d'une disposition constitutionnelle innée ou acquise qui a pour condition pathogénique très-importante, sinon pour cause directe, un affaiblissement de la force plastique, de la force organique, et qui très-souvent se développe à l'occasion d'une incitation locale. Du concours de ces circonstances ou de la diathèse seule naît un produit morbide qui, à son tour, réagit sur l'organisme et provoque des désordres fonctionnels. — Ainsi donc, l'analyse étiologique nous fait saisir, dans la tuberculisation pulmonaire, des éléments essentiels primordiaux qui doivent attirer

en premier lieu l'attention du médecin, et auxquels s'ajoutent, comme éléments accidentels ou secondaires, ces troubles locaux et généraux qui sont la conséquence du produit morbide et des conditions individuelles au milieu desquelles elle se développe. Dans cette catégorie, nous rangerons la fièvre, la toux, la dyspepsie, l'hémoptysie, la diarrhée, etc. — Pour combattre la diathèse, pour remplir la première grande indication que nous avons signalée dans le traitement de la phthisie, il faut soutenir, tonifier l'organisme, lui fournir les moyens de lutter, de réparer. — La seconde indication, c'est d'éviter toutes les incitations morbides des organes qui sont prédisposés à devenir le siége de la production tuberculeuse. — Après avoir passé en revue les moyens qu'on peut opposer aux deux grandes conditions pathogéniques de la phthisie, nous devons parler des médications à l'aide desquelles on cherche à combattre le travail morbide lui-même.

Ici M. Guéneau de Mussy expose les résultats que l'on peut obtenir des eaux minérales, de l'huile de foie de morue, de l'iode, de l'arsenic, etc. — Plus loin, il montre les ressources que la thérapeutique nous fournit contre certains symptômes, la fièvre, la toux, l'hémoptysie, la diarrhée, etc., etc. En un mot, il initie le médecin à toutes les luttes qu'il aura à soutenir contre la diathèse et contre ses manifestations.

Etiologie et marche de la tuberculisation pulmonaire, par M. Landrin. (Thèses de Strasbourg.)

Etiologie physiologique et prophylaxie de la phthisie pulmonaire, par M. Touchard. (Thèses de Paris, n° 137.)

Phthisie bronchique, par M. Leroy de Méricourt. (Union médicale, t. VII, p. 97.)

Une observation d'adénite péri-bronchique suppurée diagnostiquée pendant la vie ; — absence de tubercules dans le parenchyme pulmonaire ; — asphyxie lente par compression de la partie inférieure de la trachée.

Du liséré gingival comme signe de tuberculisation pulmonaire, par M. Dutcher. (The medical and surgical reporter, 4 août ; Gazette hebdomadaire, p. 683.)

L'état particulier des gencives dont il s'agit a été signalé et vivement recommandé à l'attention des médecins par le docteur Thompson. Voici en quoi il consiste : le bord libre des gencives est plus foncé en couleur que les parties voisines et a un aspect festonné. La largeur de ce liséré est variable ; ce n'est quelque-

fois qu'une ligne très-étroite ; ailleurs, il y a plus de deux lignes de largeur. A mesure que l'affection avance et que ses caractères se prononcent davantage, ce liséré prend une couleur qui rappelle le vermillon. Le plus habituellement, il est surtout prononcé autour des incisives ; mais on le voit aussi fréquemment au pourtour des molaires. Dans les cas où il est extrêmement prononcé, il s'accompagne assez souvent d'une hypertrophie des gencives. — D'après les observations qu'il a eu l'occasion de faire, M. Dutcher se croit autorisé à formuler les propositions suivantes : — 1° Le liséré gingival de Thompson est un signe infaillible de la diathèse tuberculeuse ; — 2° Lorsqu'il existe, quelque obscurs que soient tous les autres symptômes, on peut annoncer d'une manière certaine l'apparition prochaine de la phthisie confirmée ; — 3° Si, dans le traitement des phthisiques, on voit le liséré, d'abord existant, disparaître sous l'influence de la médication employée, c'est un signe certain d'amélioration, et il est suffisant pour faire porter un pronostic favorable ; — 4° Lorsque le liséré, développé d'abord autour des incisives, s'étend graduellement autour des molaires, en dépit du traitement employé, le pronostic est défavorable, et il faut s'attendre à une terminaison rapidement fatale lorsque la coloration du liséré passe du rouge vif au rouge sombre ou pourpre ; — 5° Lorsque le liséré n'existe pas, on peut espérer, quels que soient les symptômes généraux, que la santé générale n'a pas reçu une atteinte très-profonde ; que le malade pourra, en employant des remèdes appropriés, recouvrer un état de santé relatif, et que l'on pourra ainsi prévenir ou retarder le développement des tubercules pulmonaires.

Altérations de la voix dans la phthisie pulmonaire, par M. Mandl. (Société médicale d'émulation de Paris, séance du 2 juin 1860 ; Union médicale, t. VII, p. 412.)

Les altérations de la voix, si fréquentes chez les phthisiques, même déjà à la première ou deuxième période, existent fréquemment sans aucune lésion inflammatoire du larynx. — Ces altérations s'expliquent par les troubles fonctionnels du récurrent, paralysé par la compression exercée par les tubercules du lobe supérieur, et peut-être aussi par les ganglions bronchiques. — En effet, on sait que l'altération ou la perte de la voix surviennent presque constamment, chez les animaux, à la suite de la section des récurrents. — Ce qui, de même que les rapports du récurrent, donne l'explication des faits pathologiques suivants : — L'altération de la voix se déclare très-souvent dès l'apparition des tubercules dans le poumon droit, tandis qu'à gauche le développement des tubercules, même fort avancé, peut coexister fréquemment avec une voix normale. — Or, ce fait s'explique

par les rapports anatomiques ; en effet, à gauche, le récurrent, plus long qu'à droite, monte au côté postérieur de la trachée, entre elle et l'œsophage, qui le protége contre la compression que pourraient exercer les tubercules développés au sommet du poumon. — L'altération de la voix est excessivement rare chez les enfants ; elle n'existe jamais au-dessous de l'âge de quatre à cinq ans, rarement avant la puberté. — Les expériences physiologiques (Longet) ont démontré que la section des récurrents n'altère pas la voix chez les jeunes animaux. — Le larynx de la femme ressemble davantage à celui de l'enfant que de l'homme adulte ; aussi les altérations de la voix sont-elles plus rares chez la femme. — Il y a également accroissement numérique des inspirations, comme après la section des récurrents en rapport avec l'âge, le sexe et le côté affecté ; cependant il n'est pas possible d'affirmer que les troubles fonctionnels du récurrent soient la cause unique de cet accroissement. — La compression ou la section du récurrent peuvent amener l'atrophie progressive, avec dégénérescence graisseuse des muscles intrinsèques du larynx, du côté correspondant. — J'ai constaté la dégénérescence graisseuse des muscles intrinsèques dans les autopsies des phthisiques et sur les vivants, au premier ou deuxième degré de la tuberculisation du poumon droit, à l'aide du laryngoscope, la pâleur du côté interne du larynx et une motilité moindre de la corde vocale droite.

Quelques-unes de ces conclusions ont été contestées par M. Fournet. — M. Pagès (Union médicale, t. VIII, p. 656) a cité une observation d'aphonie chez un tuberculeux, qui lui donne l'occasion de discuter l'influence de la compression du récurrent.

De la phthisie laryngée, par M. Piorry. (Gazette des hôpitaux, p. 461.)

Leçons sur ce sujet ; nous n'y trouvons rien qui n'ait déjà été publié par M. Piorry, — rien qui ne soit connu.

Du traitement de la phthisie pulmonaire à marche fébrile par le tartre stibié à doses rasoriennes longtemps continuées, par M. Fonssagrives. (Bulletin de Thérapeutique, LIX, p. 5 et 49.)

Quel que soit le rôle que l'on fasse jouer dans la phthisie pulmonaire à l'élément inflammatoire, qu'il soit la cause ou le résultat du dépôt de la matière tuberculeuse, il est incontestable qu'il prend une très-grande part à la production des désordres qui signalent le passage d'un degré à un autre ou la progression d'un même degré. Sous son influence, des pneumonies lobulaires avec oblitération plastique des vésicules, se forment autour des dépôts tuberculeux, et la fièvre est la conséquence si nécessaire de ce travail inflammatoire, qu'on peut affirmer qu'il s'opère,

sous quelque proportion que ce soit, dès que chez un tuberculeux le pouls devient fébrile. — L'émétique, employé à hautes doses et très-longtemps, arrête les congestions ou les inflammations localisées qui se produisent autour des tubercules crus et empêche ceux-ci de passer au ramollissement ou à la suppuration. — L'existence de la fièvre indique l'opportunité de cette médication qu'il faudra prolonger, à moins d'intolérance exceptionnelle, jusqu'à ce que l'état apyrétique soit solidement rétabli. — Les bronchites intercurrentes et les congestions fébriles du premier degré, toute la période de ramollissement et même celle d'excavation tuberculeuse, quand le marasme et les perturbations ultimes des fonctions digestives ne sont pas encore manifestes, indiquent l'emploi de ce moyen; mais son opportunité la plus réelle est fournie par le début de la période de ramollissement. — L'usage d'une alimentation copieuse et réparatrice est une condition essentielle de tolérance et d'utilité du médicament. — L'émétique peut être administré pendant plus de trois mois sans produire aucun accident; les fonctions digestives semblent, au contraire, mieux s'exercer sous son influence, il n'y a jamais de diarrhée, et la nutrition reprend d'une manière très-sensible. — Il convient de suspendre la médication dès que la fièvre est arrêtée, sauf à la reprendre aussitôt qu'une nouvelle poussée de ramollissement se manifeste. — On peut, par ce moyen, maintenir la phthisie à l'état chronique ou apytérique, et ouvrir ainsi une voie d'opportunité à l'emploi des moyens opposés avec plus ou moins de succès à la diathèse tuberculeuse. — On arrive, en alternant ces deux ordres de ressources, à prolonger considérablement la vie des tuberculeux, et dans quelques cas même à enrayer les progrès des tubercules et à en faire une lésion organique sans retentissement sympathique, et jusqu'à un certain point indifférente à la vie.

Tartre stibié à haute dose chez les phthisiques, par M. Ferrier.
(Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 505.)

L'auteur rapporte une observation qui prouve pour lui que le tartre stibié à haute dose peut avoir des inconvénients et qu'il ne saurait être administré impunément à tous les phthisiques.

Dégénérescence tuberculeuse, par M. Blachez.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 113.)

Il s'agit d'un homme qui, n'ayant pas de tubercules pulmonaires, présentait sur la plèvre et sur le péritoine des traces de dégénérescence tuberculeuse; une tumeur du cordon testiculaire offrait l'aspect de la même dégénérescence.

Phthisie galopante, par M. Trousseau. (Gazette des hôpitaux, p. 182.)

Observation d'un jeune malade qui a passé en moins de deux mois par tous les accidents de la phthisie tuberculeuse nettement caractérisée; il a eu une perforation tuberculeuse et un hydro-pneumothorax.

Tubercules des poumons, par M. Martineau.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 210.)

Homme affecté de tuberculisation pulmonaire au troisième degré; l'état général et certains signes sthétoscopiques avaient pu en imposer et faire croire à l'existence d'un pneumothorax.

Des hypophosphites dans la phthisie pulmonaire, par don Marsillach.
(Siglo medico, p. 337.)

L'auteur conclut à l'inefficacité des hypophosphites de soude et de chaux pour guérir la phthisie pulmonaire; mais il a constaté qu'à une période avancée, l'usage de ce médicament produit, dans quelques cas, une amélioration des symptômes locaux sans changer l'état organique des poumons.

De l'hypophosphite de soude et de chaux contre la phthisie,
par M. Quain. (Gazette médicale de Lyon, p. 190.)

Résultats nuls; pas d'amélioration.

Phthisie pulmonaire; inhalations iodées; iodomètre.
(Union médicale, t. VIII, p. 458.)

Panégyrique de l'iode, des inhalations iodées et de l'iodomètre de M. Chartroule.

Du traitement de la phthisie pulmonaire, par M. Champouillon.
(Gazette des hôpitaux, p. 449.)

Critique de différents traitements qui sont employés, parce que certains médecins voient encore dans la phthisie une *unité* morbide; il faut combattre les éléments, calmer la toux avec des calmants, etc.

Remarques sur le traitement de la première période de la phthisie pulmonaire par le saccharolé d'écailles d'huîtres, par M. Despiney.
(Bulletin de Thérapeutique, LVIII, p. 407.)

Traitement de la phthisie pulmonaire par l'inhalation des liquides pulvérisés et par les fumigations de goudron, par M. Sales-Girons. (Paris, Savy, in-8, XXVIII-332 pages.)

Nous ferons l'analyse de cet ouvrage au moment où nous nous occuperons des autres travaux de M. Sales-Girons sur la pulvérisation des eaux.

Diète respiratoire dans le traitement des maladies de poitrine, par M. Sales-Girons. (Académie de médecine, 14 février.)

M. Sales-Girons, appliquant la théorie qu'il professe depuis quinze ans, touchant l'influence nuisible de l'air atmosphérique sur les maladies de poitrine, influence qu'il attribue principalement à l'oxygène, présente un long mémoire dans lequel il développe ses raisons et décrit ses expériences nouvelles à cet égard. — L'auteur propose un petit appareil qu'on porterait devant la bouche et les narines, lequel, par une substance médicamenteuse qu'il contient dans son intérieur et qui a une action puissante sur l'oxygène, modifierait ainsi l'air en le rendant plus convenable à la respiration et à l'hématose dans le traitement des maladies aiguës ou chroniques de la poitrine.

Influence des climats chauds sur la phthisie, par M. Forget. (Gazette hebdomadaire, p. 376.)

Les climats chauds ne sont défavorables aux phthisiques que par l'excès de la chaleur solaire. Mais en modérant cet excès par les moyens usités, on obtient du séjour des pays chauds les plus heureux résultats, confirmés par le témoignage d'une foule de malades qui doivent à l'émigration la prolongation de la vie et parfois la guérison. C'est ce qui fait que le voisinage des tropiques est plus favorable que le séjour sous l'équateur, et qu'on se trouve mieux d'habiter Madère ou l'Afrique septentrionale que le Bengale ou le Brésil. Ce qui fait que le séjour du midi de la France est peu favorable aux phthisiques, c'est que l'hiver y fait encore sentir ses rigueurs, contre lesquelles les habitants négligent trop de se prémunir.

M. Rochard (p. 423) a répondu à cet article pour soutenir les conclusions de ses précédentes publications.

Statistique des hôpitaux de Montpellier au point de vue de l'influence du climat sur le développement et la marche de la phthisie pulmonaire, par M. Garimond. (Gazette médicale, p. 8 et 18.)

Pour l'auteur, rien ne prouve que le climat de Montpellier doive être considéré comme nuisible et malfaisant. Les attaques

dont il a été l'objet ne reposent que sur des assertions erronées, des renseignements infidèles ou incomplets. — Tous les faits connus, au contraire, justifient l'antique réputation de son ciel pour le traitement des maladies chroniques de poitrine, et en particulier de la phthisie.

Du climat d'Alger dans les affections chroniques de la poitrine, par M. de Pietra-Santa. (Paris, J.-B. Baillière, in-8.)

L'auteur avait reçu de M. le ministre de l'Algérie la mission d'étudier l'influence du climat d'Alger sur les affections chroniques de la poitrine. M. de Piétra-Santa a réuni tous les éléments qui pouvaient servir à la solution du problème ; il les a sagement discutés et il est arrivé à ces conclusions : Les conditions climatériques de la ville d'Alger sont très-favorables pour les affections de la poitrine en général et pour la phthisie en particulier. — La phthisie existe à Alger, chez les immigrants comme chez les indigènes, mais la maladie y est beaucoup plus rare qu'en France et sur les côtes de la Méditerranée. — L'augmentation de la phthisie chez les indigènes (Arabes, nègres, musulmans, israélites) tient à des circonstances exceptionnelles, à des causes indépendantes de la climatologie. — L'heureuse influence du climat d'Alger est très-appréciable dans les cas où il s'agit, soit de conjurer les prédispositions, soit de combattre les symptômes du premier degré de la phthisie. — Cette influence est contestable dans le deuxième degré de la tuberculose, alors surtout que les symptômes généraux prédominent sur les lésions locales. — Elle est fatale au troisième degré, dès qu'apparaissent les phénomènes de ramollissement et de désorganisation.

Etudes sur le climat de Madère et la phthisie, par M. Almès. (Gazette médicale, p. 98.)

Le climat de Madère a paru à M. Almès justifier sa réputation ; mais il est prouvé qu'après un séjour plus ou moins long sous une température favorable et médicatrice, le retour dans le pays où le mal s'est développé et accru est une imprudence, parce que la maladie reprend généralement sa marche progressive.

Carbonate de plomb contre la phthisie pulmonaire, par M. Broeckx. (Société de médecine d'Anvers, février ; Union médicale, t. V, p. 389.)

Résultats défavorables : ce médicament a occasionné la sécheresse de la gorge et la perte de l'appétit.

De l'efficacité de la séve de pin maritime et de ses préparations dans la phthisie pulmonaire et la bronchite chronique, par M. Kérédan. (Gazette hebdomadaire, p. 77.)

Le résultat de différentes expériences est que la séve de pin est très-utile, à la façon des autres balsamiques, dans les catarrhes bronchiques, et que c'est à ce titre qu'il peut rendre des services comme palliatif dans le traitement de la phthisie.

Morceaux de lait caillé rendus par un phthisique, par M. Barth. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 200.)

M. Barth montre plusieurs masses d'un blanc rosé, de forme oblongue, de consistance et d'odeur caséeuses, qui ont été rendues par une phthisique pendant une quinte de toux; il pense que ce sont des matières vomies et non expectorées; le microscope a confirmé cette opinion, en faisant reconnaître les globules de lait.

Perforation du poumon gauche chez une femme tuberculeuse, par M. Almagro. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 291.)

De la phthisie des tailleurs de pierre meulière, par M. Peacock. (British med. chir. review, janvier, et Gazette hebdomadaire, p. 316.)

Les pierres dont il s'agit sont les silex molaires de la Ferté-sous-Jouarre; on les taille à sec. L'auteur dit que les ouvriers meurent la plupart jeunes, et ils succombent souvent à la phthisie. Pour prévenir ces accidents, il faudrait n'employer que des hommes adultes, empêcher l'absorption de la poussière par la ventilation et des appareils protecteurs, et enfin, empêcher les excès alcooliques.

Recherches expérimentales sur la mort par submersion, par M. Beau. (Académie des sciences, 4 juin; *in extenso* dans les Archives de médecine, juillet, p. 64.)

La cause de la mort par submersion a donné lieu à une foule d'interprétations. On concevait bien d'une manière générale qu'un animal submergé mourût de la suffocation par suite de l'interception de l'air, mais on concevait beaucoup moins que l'eau ne pénétrât pas en grande quantité dans les voies pulmonaires pendant l'état de submersion. — Pour trouver la cause qui, chez les noyés s'oppose à la libre pénétration du liquide ambiant dans les voies respiratoires, M. Beau a institué et pratiqué trois séries

d'expériences, desquelles il résulte que l'immersion des orifices naturels de la respiration est, chez les animaux qui se noient dans les circonstances ordinaires, la condition de laquelle résultent par action sympathique ou réflexe l'occlusion spasmodique des sphincters ou orifices de la respiration, et l'arrêt des mouvements respiratoires. Quant à la très-petite quantité d'eau écumeuse que l'on trouve dans l'arbre bronchique, elle y a pénétré à la faveur d'une seule inspiration faite brusquement dans le premier moment où l'animal est surpris par l'immersion. — Il résulte de tout ce qui précède que la mort des noyés a la plus grande ressemblance avec celle qui survient par suite d'une affection tétanique des muscles de la respiration.

Epanchement de sang dans le canal intestinal chez un individu mort suffoqué par l'effet d'une cause interne, par M. Buchner. (Gazette médicale, p. 174.)

On trouve fréquemment dans le cadavre des pendus une hypérhémie veineuse de l'abdomen, qui amène souvent des épanchements sanguins. La présence de suffusions sanguines ou d'épanchements se manifeste par la coloration des intestins, et la lésion offre une foule de nuances qui dépendent de son intensité. Ce phénomène n'est pas un effet cadavérique, il offre certain rapport de causalité avec la mort par suffocation, mais il ne saurait être considéré comme un signe de mort par suspension, car on l'a constaté chez les noyés, dans un cas d'étranglement et dans l'asphyxie par la vapeur du charbon. L'auteur a vu, dans un cas de mort par submersion, la stase sanguine jusque dans les reins. Enfin, le phénomène peut se produire sur des individus asphyxiés par des causes internes, une hypérhémie des poumons, par exemple.

Recherches sur l'état de la circulation d'après les caractères du pouls, fournis par un nouveau sphygmographe, par M. Marey. (Gazette hebdomadaire, p. 404.)

L'auteur cherche à prouver que la sensibilité tactile du doigt est insuffisante pour nous donner une idée de toutes les formes du pouls. Il décrit un instrument particulier nommé *sphygmographe*, qui enregistre les pulsations artérielles et les traduit par des figures variées, dans lesquelles on reconnaît que le pouls peut avoir un beaucoup plus grand nombre de formes qu'on n'eût pu le supposer d'après les sensations que le doigt nous donne.

L'auteur conclut que si l'on employait en clinique le sphygmographe pour étudier les formes du pouls dans les différentes

maladies, on aurait une séméiologie bien plus complète des affections de l'appareil circulatoire.

A l'appui de cette manière de voir, M. Marey présente une série d'études sur les variations physiologiques du pouls et montre que la forme que présente le pouls dans ces différentes circonstances donne une idée exacte des changements qui se produisent dans la fonction circulatoire.

Sur les relations réciproques entre la fréquence du pouls et de la respiration, et la température du corps dans quelques maladies aiguës, par M. Smoles. (Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde, 1860, t. III; Archives générales de médecine, novembre, p. 602.)

Ce travail, basé sur des recherches personnelles, se termine par des propositions dont les unes sont générales et les autres spéciales à quelques maladies. — L'élévation de la température au-dessus du chiffre normal est constante dans la fièvre. Pour apprécier la réaction fébrile, les mensurations thermométriques donnent des renseignements plus précis que l'exploration du pouls. — Le maximum de l'élévation de température ne coïncide pas toujours avec la plus grande fréquence du pouls. — La température est rarement très-élevée dans les cas où le pouls n'est pas très-fréquent. — En thèse générale, l'exacerbation s'observe le soir. — L'élévation anormale de la température persiste souvent assez longtemps après que le pouls est revenu à son chiffre normal. — L'élévation objective de la température n'est pas influencée par l'état de sécheresse ou de transpiration de la peau. — Le frisson coïncide avec une élévation de la température, mais toute élévation de température ne donne pas au malade la sensation de frisson. — Le maximum de la température dans les maladies aiguës paraît être de 33°1' R. — Dans la grande majorité des cas, la température diminue lentement, progressivement, de 0,5 à 1,0 R.; les diminutions brusques, de 1 à 2 degrés Réaumur, sont plus rares. — Une température longtemps persistante de 32 degrés Réaumur paraît user rapidement l'organisme, et comporte un pronostic très-grave. — Un abaissement rapide de la température, s'il n'est pas suivi bientôt d'un ralentissement du pouls, est de mauvais augure. — La digitale abaisse la température, en même temps qu'elle ralentit le pouls, et même souvent avant que la fréquence du pouls se trouve influencée. — Pendant le sommeil, la température s'abaisse en même temps que la respiration se ralentit et que la quantité d'acide carbonique exhalé par les poumons diminue.

Suivent des observations sur la température dans la pneumonie, la fièvre typhoïde, etc.

Diagnostic différentiel des maladies du cœur et de la chloro-anémie, par M. Peyron. (Thèses de Paris, n° 156.)

Guérison des différentes maladies du cœur traitées par le sulfure d'antimoine, par M. Fauconnet. (Gazette médicale de Lyon, p. 237.)

L'auteur emploie le sulfure d'antimoine naturel, porphyrisé et lavé, tel qu'il se trouve dans toutes les officines. — 2 centigrammes répétés deux ou trois fois par jour ; on diminue les doses, dès que l'amélioration se manifeste. — L'auteur cite comme exemples de guérison : un nervosisme du cœur, une endocardite rhumatismale et hydro-péricardite, une névrose rhumatismale du cœur et concrétions sanguines de formation récente. — Les maladies du cœur, qui, d'après l'auteur, résulteraient d'une chlorose ou chloro-anémie, se trouveraient fort mal de cette médication.

De la valeur du bruit de souffle comme signe de lésion valvulaire, par M. Boisseau. (Thèses de Strasbourg, 2e série, n° 534.)

Cette thèse est bien faite ; on y retrouve les idées de M. Forget. L'auteur veut démontrer que le bruit de souffle, bien qu'étant sans contredit le signe le plus important des lésions valvulaires, n'est pas infaillible et que la médecine doit, pour établir un diagnostic absolu, rechercher en même temps que le souffle les autres symptômes des affections cardiaques.

Sur le diagnostic de l'état graisseux du cœur, par M. Kennedy. (Edinburgh medical journal ; Archives générales de médecine, mai, p. 568.)

Ce mémoire peut être ainsi résumé : — La dégénérescence graisseuse du cœur s'accompagne rarement d'affections valvulaires ; dans l'état actuel de nos connaissances, on peut admettre que cette complication n'existe pas dans un cas sur six. — L'affection valvulaire que l'on rencontre le plus souvent associée à la dégénérescence graisseuse, c'est l'épaississement et l'altération graisseuse des valvules aortiques. — Cette altération des valvules aortiques s'accompagne rarement d'insuffisance. — Elle peut donner lieu à un bruit de souffle doux au premier temps, mais elle n'altère pas le deuxième bruit. — Il y a lieu de penser que cette altération graisseuse des valvules aortiques peut exister pendant longtemps sans abréger l'existence. — Elle s'accompagne souvent de pulsations visibles des artères (pouls de Corrigan), sans que les valvules soient insuffisantes. — La dilatation du cœur marche de pair avec la dégénérescence graisseuse dans plus de la moitié des cas. — En même temps, on observe le plus souvent

un état *diffluent* du pouls. — Le ralentissement, l'accélération et l'inégalité du pouls n'existent que dans des cas exceptionnels. — La dégénérescence graisseuse du cœur, lorsqu'elle n'est pas compliquée de lésions valvulaires, ne peut être diagnostiquée que par voie d'exclusion. — Il existe souvent un défaut de proportion manifeste entre la dyspnée éprouvée par les malades et les efforts qu'ils font pour y remédier. — Il est probable que le contraste est surtout prononcé dans les cas où le cœur droit est plus dégénéré que le cœur gauche. — La dégénérescence graisseuse du cœur s'accompagne souvent d'un abaissement manifeste de la température du corps, qui peut être limité à diverses régions.— De toutes les affections du cœur droit, la dégénérescence graisseuse est la plus fréquente.

Etudes sur les maladies du cœur, par M. Mauriac.
(Thèses de Paris, nº 46.)

M. Mauriac rapporte des cas de mort subite par suite de l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte et il appelle sur ce sujet peu connu toute l'attention des médecins. — L'auteur, suivant les évolutions des maladies organiques du cœur, montre qu'avec une inocclusion des valvules sigmoïdes, il y a d'abord hypertrophie et dilatation du ventricule gauche ; mais par les progrès de la lésion, l'hypertrophie se complique de congestion et de dégénérescence : le cœur devient d'une susceptibilité exagérée, sous l'influence d'une émotion morale, d'un exercice musculaire, etc.

La systole ventriculaire s'affaiblit, devient incomplète, et n'expulse, dans le système artériel, qu'une partie du sang qui s'est accumulé dans la cavité ventriculaire, au moment de la diastole. Mais l'élasticité et la contractilité de l'aorte et de ses branches n'étant point diminuées, celles-ci réagissent sur la colonne sanguine et poussent un jet récurrent à travers l'hiatus de l'insuffisance, avec la même énergie qu'auparavant. — Il s'ensuit que, dès la seconde systole, le cœur est surchargé par une masse de sang plus considérable qu'à l'instant où il a été surpris par l'action délibitante de la cause accidentelle. S'il récupère son énergie, l'équilibre circulatoire peut se rétablir ; mais si sa faiblesse continue, l'entrave augmente, et la quantité de sang qui s'accumule dans sa cavité s'accroît à chaque mouvement systolique, et à chaque réaction de l'aorte sur la colonne liquide, qui n'est plus soutenue par le plancher des valvules aortiques. L'accumulation dans la cavité ventriculaire de ce sang, qui provient tout à la fois des poumons et des artères afférentes, dilate de plus en plus le ventricule gauche, qui finit par ne pouvoir plus revenir. — Il ressort de là, au point de vue du pronostic, que, de toutes les

maladies du cœur, il n'en est aucune dont il soit aussi difficile de prévoir l'issue, et qui expose le médecin à plus de mécomptes et de déceptions.

Végétations fibrineuses sur deux valvules aortiques, par M. Lancereaux. (Société de biologie, mai 1860; Gazette médicale, p. 488.)

Malade ayant des accès fébriles périodiques. — Outre les végétations fibrineuses, on a trouvé une collection sanguine et purulente au point de contact et au-dessous des valvules.

Maladie du cœur, par M. Dubrisay. (Société médicale des hôpitaux, 13 juin; Union medicale, t. VII, p. 45.)

Observation ainsi résumée : Rhumatisme, péricardite, chorée, hyperthrophie excentrique du cœur, dilatation considérable et insuffisance des deux orifices auriculo-ventriculaires droit et gauche ; bruit de souffle au premier temps, maximum au niveau de la pointe du cœur.

Rétrécissement de l'orifice ventriculo-aortique, par M. Baudot. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 161.)

Il s'agit d'un homme ayant les signes rationnels d'une affection du cœur; souffle au premier temps, augmentant de la pointe vers la base et atteignant son maximum sous la clavicule droite; en outre, le pouls était très-faible à l'une des radiales; la matité était très-étendue et il y avait un frémissement vibratoire très-manifeste. En raison de ces derniers signes, on aurait pu croire à l'existence d'un anévrisme de l'aorte; mais l'autopsie a montré un rétrécissement de l'orifice aortique avec épaississement des valvules sigmoïdes et hypertrophie considérable du cœur.

Quelques réflexions à propos d'un cas de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, par M. Mosquera. (Thèses de Paris, n° 189.)

Affection du cœur, par M. Fritz. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 93.)

Observation, non-seulement de rétrécissement et d'insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, mais encore de thrombose des veines du membre inférieur avec oblitération de l'artère pulmonaire (embolie?) et apoplexie du poumon, consécutive, suivant M. Fritz, à l'oblitération artérielle.

Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, par M. Beaumetz. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 126 et 127.)

Deux observations de cette lésion. Les symptômes généraux ont été ceux que l'on trouve habituellement dans les affections du cœur, arrivées à leur dernière période. Dans les deux cas, il y a eu un bruit de souffle au premier temps, ayant son maximum à la pointe. Dans une des observations, la valvule mitrale était très-épaisse; ses deux parties étaient soudées dans une grande étendue; pas de production calcaire. — Dans l'autre observation, la valvule mitrale était épaissie et une production calcaire de forme semi-lunaire embrassait en le rétrécissant l'orifice auriculo-ventriculaire.

Double bruit de souffle au cœur sans altération de valvules, par M. E. Fournier. (Société de biologie, février; Gazette médicale, p. 383.)

Il n'y avait qu'une ossification de l'aorte, sans altération des valvules. Le second bruit de souffle, qui était très-intense, a été attribué, par M. Gubler, à une plaque crétacée qui faisait saillie dans l'intérieur du vaisseau.

Insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte, par M. Gautier. (Gazette des hôpitaux, p. 306.)

Ce fait est publié pour confirmer les idées émises dans la thèse de M. Mauriac. Un homme mourut subitement par syncope; on trouva, à l'autopsie, une ossification en pyramide des valvules sigmoïdes de l'aorte.

Symptômes d'endocardite avec insuffisance des orifices aortique et bicuspidal, par M. Lebert. (Gazette médicale, p. 84.)

Cette communication, qui se rapporte à l'histoire de l'embolie, est ainsi résumée : attaque apoplectiforme, albuminurie, engorgement de la rate, pneumonie terminale; mort. — Embolie double de l'artère sylvienne, avec ramollissement correspondant; altérations valvulaires des deux orifices du cœur gauche; foyers apoplectiques, probablement de nature embolique, dans la rate et les reins; pneumonie, maladie de Bright.

Endocardite dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, par M. Camille Gros. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 357.)

Dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu en voie de disparition, la fièvre se montra de nouveau avec une certaine in-

tensité, en même temps un bruit de souffle fut perçu à la région du cœur; d'abord doux et limité au premier temps, ce souffle devint de jour en jour plus intense et il exista bientôt aussi au second temps. Mort avec phénomènes d'asphyxie. Les valvules de l'aorte ont été trouvées épaissies, bosselées, ramollies, perforées chacune en un point et constituant une masse albumino-fibrineuse, qui jetait des prolongements jusque dans la partie supérieure des ventricules.

Observation d'endocardite aiguë primitive, par M. Duval. (Gazette des hôpitaux, p. 603.)

Des causes de l'hypertrophie du cœur, par M. Ortuguier. (Thèses de Paris, nº 84.)

Rupture des valvules aortiques, par M. Sands. (Gazette hebdomadaire, p. 221.)

Contusions de la poitrine chez un homme; au bout de quelques jours, pleurésie; pouls très-fréquent; dyspnée et mort. A l'autopsie, outre un épanchement dans la plèvre et dans le péricarde, on trouva une déchirure de l'endocarde dans le voisinage des valvules aortiques, des dépôts fibrineux sur l'une de ces valvules, une rupture incomplète d'une autre, allant depuis sa base jusqu'auprès de son bord libre, et une solution de continuité plus étendue de la troisième, dont il ne restait plus que des vestiges.

Rupture d'une partie des cordes tendineuses de la valvule mitrale, par M. Dalton. (Gazette hebdomadaire, p. 221.)

Un homme de quarante ans succombe à une hémorrhagie méningée; à l'autopsie, on trouve une rupture de deux des principaux cordages tendineux qui s'attachent à la valve antérieure de la valvule mitrale, qui était insuffisante. Les extrémités rompues étaient recouvertes de petites végétations verruqueuses, indiquant un travail de cicatrisation, et par conséquent, l'ancienneté de ces ruptures. Cette lésion ne paraît pas avoir donné lieu à des symptômes immédiats graves.

Kyste hydatique dans le cœur. (Med. Times and Gaz., 12 mai; Union médicale, t. VII, p. 335.)

Jeune fille de dix-neuf ans, n'ayant jamais éprouvé de trouble de la circulation. — Mort subite au milieu d'une santé parfaite. — A l'autopsie, on trouve dans le ventricule gauche un kyste hydatique, ayant le volume d'une bille de billard et renfermant un grand nombre d'échinocoques. A la pointe de l'organe, exis-

tait un tissu dur et cartilagineux, qui avait dû servir de point d'insertion au kyste. La mort était arrivée au moment où le kyste, se détachant de la paroi où il s'était développé, était venu obstruer les orifices ventriculaires.

Rupture de l'artère coronaire, par M. Feignaux. (Gazette médicale, p. 56.)

Dyspnée depuis l'enfance du malade. — A la suite de vomissements provoqués par un vomitif, sentiment de déchirure et douleurs cardiaques ; mort rapide avec les symptômes d'une hémorrhagie interne. On trouve des adhérences entre le diaphragme, le péricarde et le cœur. L'artère coronaire était rompue ; du sang en grande quantité remplissait la cavité du péricarde et celle de la plèvre gauche, qui était perforée, ainsi que le péricarde. L'artère ne paraissait pas altérée dans le voisinage de la rupture.

Rupture de l'artère coronaire gauche du cœur, par MM. Harlan et Clark. (Gazette hebdomadaire, p. 765.)

Deux observations de rupture de l'artère coronaire par suite d'un travail inflammatoire et ulcératif ; épanchement de sang dans le péricarde ; mort instantanée.

Perforation de la veine coronaire droite du cœur par une arête de poisson, par M. Andrew. (The Lancet, 25 août 1860 ; Gazette hebdomadaire, p. 765.)

Arête de poisson retenue dans l'estomac ; elle perce le diaphragme, puis la face postérieure du péricarde, et enfin la veine coronaire droite. Le péricarde contenait une grande quantité de sang. La mort ne paraît pas être arrivée brusquement ; elle est attribuée à une syncope.

Persistance du canal artériel, par M. Sanders. (Edinb. med. journ., juillet 1860 ; Gazette hebdomadaire, p. 764.)

Enfant venu à terme ; bien que la nutrition parût se faire sans entraves, cet enfant maigrissait ; il s'éveillait souvent en sursaut, comme s'il avait eu des accès de suffocation ; au cœur, on percevait un frémissement vibratoire et un bruit de souffle interne au premier temps. Mort au quatrième mois. Le canal artériel était complétement perméable et il avait presque le volume de l'aorte dans le point où il s'ouvrait dans ce vaisseau. L'aorte descendante recevait, par conséquent, autant de sang de l'artère pulmonaire que de la crosse aortique. Il est à remarquer que, pendant la vie, cet enfant ne présenta aucune trace de cyanose.

Etudes sur les communications des cavités gauche et droite du cœur, par M. Gautier du Defaix. (Thèses de Paris, n° 57.)

Persistance du trou ovale chez l'adulte, par M. Walmann. (Gazette médicale, p. 801.)

Il résulte des recherches de l'auteur que quarante-quatre fois sur cent autopsies, on trouve incomplète l'occlusion du trou ovale. Cette circonstance n'entraîne aucun désordre dans la circulation, parce que la valvule semi-lunaire et le rebord de l'anneau de Vieussens se recouvrent toujours et d'autant plus que la contractilité du cœur est plus énergique. Quelquefois on observe de la cyanose dans les derniers moments de la vie.

Vice de conformation du cœur, par M. Ch. Bernard. (Union médicale, t. V, p. 612.)

Il n'y avait chez cet enfant ni cloison inter-auriculaire, ni cloison inter-ventriculaire, et par conséquent le cœur n'avait qu'une oreillette et qu'un ventricule. L'enfant a vécu pendant un mois, sans présenter de symptôme qui pût se rapporter à l'anomalie cardiaque; il a succombé à un ramollissement du cerveau. — M. Bernard cite des exemples analogues et montre que dans plus d'un cas la disposition anormale du cœur n'a amené aucun symptôme pendant les premiers mois de la vie.

Epanchements dans la cavité du péricarde, par M. Aran. (Gazette des hôpitaux, p. 327.)

Résumé de la pratique de M. Aran, sur la ponction du péricarde; nous l'avons publié dans nos précédents volumes.

Adhérence complète des deux feuillets du péricarde avec incrustation calcaire de la séreuse, par M. Raynaud. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 248.)

Enfant de douze ans et demi. Jamais de rhumatisme articulaire aigu. Mort après un assez long temps de maladie, avec tous les phénomènes de l'asystolie. Il y avait eu des accès de suffocation, avec un pouls irrégulier, non dans son rhythme, mais dans la force des pulsations : à une ou plusieurs pulsations fortes succédaient d'autres très-faibles; de plus, les pulsations se fondaient, pour ainsi dire, les unes dans les autres. M. Raynaud appelle l'attention sur le phénomène suivant, qui lui paraît avoir une grande importance pour le diagnostic, bien qu'il n'ait existé que passagèrement. Les battements du cœur étaient parfaitement dédou-

blés, à tel point que l'oreille avait la sensation que donneraient deux cœurs battant d'après le même rhythme et avec la même vitesse, mais avec un point de départ différent et indépendant l'un de l'autre. — A l'autopsie, on a trouvé une adhérence complète du cœur avec le péricarde, formée par des filaments celluleux très-denses, d'une dissection difficile. Le péricarde présente une incrustation calcaire des plus remarquables, donnant au toucher la sensation d'une coquille d'œuf.

Péricardite hémorrhagique, par M. Baudot.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 135.)

Pas de symptômes aigus. Dyspnée, teinte anémique de la face avec coloration violacée des lèvres, léger œdème des membres inférieurs, pouls petit, irrégulier, dépressible. Matité considérable à la région précordiale, léger bruit de souffle au premier temps. — A l'autopsie, on a trouvé une grande quantité de liquide séro-sanguinolent, avec des fausses membranes.

Considérations sur la dyscrasie veineuse, par M. Brongniart.
(Thèses de Paris, nº 102.)

Cette thèse est précédée de la traduction du traité de Sthal : *De vena portæ, porta malorum hypochondriaco-splenetico-suffocativo-histerico-colico-hemorrhoïdariorum.*

M. Brongniart croit que l'idée de Sthal doit être conservée, bien que la plupart de ses explications aient vieilli. Il fait ensuite l'*histoire moderne* de la dyscrasie veineuse, qu'il définit : Tout état du sang dans lequel on observe une diminution de la fibrine, jointe à une augmentation considérable de l'albumine, des globules, de l'acide carbonique, et des autres produits de combustion résultant de la transformation des tissus. — Cette dyscrasie peut revêtir la forme aiguë ou la forme chronique. — Le sang présente les caractères physiques du sang veineux exagérés. — Tout le système vasculaire est distendu par ce sang ; et cela, non-seulement dans les troncs, mais dans les réseaux capillaires de tout le corps et principalement de la face. — Les malades présentent une coloration jaune pâle de la face et des sclérotiques ; les pommettes sont violacées, brunâtres, parsemées de varicosités veineuses capillaires, qu'on observe aussi très-souvent dans d'autres régions. — La circulation se fait lentement ; les malades sont mous, paresseux, de mauvaise humeur; ils se plaignent d'étouffements, de palpitations de cœur, d'anxiété épigastrique ; ils sont généralement constipés et sujets aux hémorrhoïdes. — La dyscrasie veineuse a une marche très-lente ; on la voit générale-

ment débuter dans les jeunes années sous l'aspect de pléthore vraie. — Plus tard, les congestions sanguines se font du côté de l'abdomen ; il survient des troubles digestifs. — Bientôt la maladie se généralise peu à peu ; il y a des congestions vers les organes de l'abdomen et du bassin, et les malades finissent par présenter les signes d'une cachexie. — La dyscrasie veineuse tient souvent à une disposition innée du sujet ; l'hérédité joue un grand rôle dans sa manifestation. — Très-souvent, elle succède à la pléthore vraie, qui se trouve facilement engendrée par les excès de table, par l'abus des alcooliques, une profession sédentaire, les idées tristes, les maladies nerveuses. Toutes ces causes agissent en surchargeant le sang de matériaux nutritifs, et en affaiblissant le système musculaire et le système nerveux, qui, perdant ainsi l'immense influence qu'ils ont normalement sur la vitalité des tissus, laissent le sang s'altérer par des résidus de combustions non excrétés. — La dyscrasie veineuse n'est pas une maladie, c'est un état morbide du sang qui cause des congestions sanguines : or, s'il y a tendance aux congestions, partout où nous trouverons des vaisseaux capillaires, nous pourrons rencontrer des lésions et des troubles fonctionnels liés à l'état congestif. — Elle ne tue pas par elle-même, mais par les maladies qui en sont la conséquence, la suite plus ou moins éloignée. — C'est par la diminution de la fibrine que M. Brongniart explique les congestions vers les différents organes. Aussi on devra, dans le traitement, considérer comme efficace tout ce qui pourra rétablir l'équilibre entre les divers éléments du sang. — Pas de nourriture substantielle, pas de graisses ; exercice musculaire ; purgatifs ; provoquer les hémorrhoïdes ; eaux minérales ayant une action métastatique.

Sur la thrombose des veines rénales chez les enfants, par M. Beckmann. (Verhandlungen der physicalisch-medizinischen Gesellschaft in Wurzburg ; Gazette médicale, p. 209.)

Chez des enfants morts à la suite de diarrhée dans les premiers mois de la vie, l'auteur a trouvé cette lésion, siégeant principalement à gauche et quelquefois dans les deux veines à la fois ; elle en occupait toute l'étendue, plus souvent elle était limitée aux plus gros rameaux, situés entre les deux substances du rein ; les caillots étaient mous et diffluents.

Note sur deux cas de coagulation du sang dans les sinus cérébraux, par MM. Fritz et Luys. (Bulletin de la Société anatomique, p. 70, et Gazette hebdomadaire, p. 264 et 337.)

Par les deux observations que M. Fritz rapporte, et par les réflexions qui les suivent, ainsi que par l'appréciation de M. Luys,

nos confrères établissent que les coagulations spontanées du sang dans les sinus cérébraux ont été observées pendant la vie, en dehors du cas de phlébite proprement dite. — Que le caractère anatomo-pathologique tiré de l'aspect des parois des sinus oblitérés constitue le meilleur signe distinctif entre la thrombose cérébrale et la phlébite vraie. — Que ces coagulations spontanées ont pour conséquence habituelle l'engorgement des veines cérébrales, l'épanchement séreux sous-arachnoïdien, l'hémorrhagie méningée, le ramollissement du cerveau, et peuvent même être le point de départ d'*embolies*. — Que les circonstances dans lesquelles on les observe sont semblables à celles qui font coaguler le sang dans les autres parties du système veineux pour constituer la thrombose des veines, ou autrement la *phlegmatia alba dolens*. — Qu'à la rigueur on peut reconnaître cet accident pendant la vie. — Enfin, il ressort de tout ce qui précède qu'il est de la plus grande importance d'examiner l'état du sinus dans les cas d'apoplexie séreuse, d'épanchement sous-arachnoïdien et intra-ventriculaire, d'hémorrhagie méningée, de ramollissement blanc du cerveau, etc.

Des polypes veineux ou de la coagulation du sang dans les veines, et des oblitérations spontanées de ces vaisseaux, par M. Legroux. (Gazette hebdomadaire, p. 83.)

Ce mémoire, dont la publication avait été commencée en 1859, contient l'histoire des oblitérations veineuses; elles reconnaissent pour cause : la phlébite spontanée, traumatique ou puerpérale, qui paraît être la cause *immédiate* principale ; — une diathèse inflammatoire ; — la fièvre typhoïde à sa dernière période ; — la phthisie pulmonaire et la cachexie tuberculeuse en général ; — le cancer, ordinairement à une période avancée ; — les oblitérations artérielles et peut-être la migration des caillots.— Après avoir étudié les symptômes locaux et généraux de ces oblitérations, M. Legroux aborde le traitement. Pour prévenir l'oblitération, il faut avoir recours au traitement dirigé contre la phlébite ; — quand l'oblitération est produite, il faut, avant tout, placer dans une position élevée les parties affectées. Frictions légères dirigées de l'extrémité vers le tronc; sédatifs. La compression à l'aide d'un bandage roulé ne doit être employée que dans la période où la circulation collatérale est parfaitement établie.

Mémoire sur l'embolie, par M. Virchow.
(Union médicale, t. VI, p. 284.)

La fin de ce mémoire contient le récit d'un certain nombre d'expériences faites sur des animaux ; nous n'avons rien à ajouter

à l'analyse que nous avons présentée dans l'*Annuaire*, t. III, p. 201.

Embolie de l'artère pulmonaire, par MM. Trousseau et Dumontpallier. (Union médicale, t. VIII, p. 529.)

M. Dumontpallier promet de publier des recherches sur les coagulations fibrineuses de l'artère pulmonaire et de faire un parallèle entre ces nouvelles études et celles de Virchow. Les conclusions du présent mémoire sont les suivantes : — Les obstructions fibrineuses de l'artère pulmonaire sont des lésions très-fréquentes. — L'on peut, en général, distinguer les coagulations pulmonaires spontanées, formées *in situ*, de celles qui sont la conséquence des caillots migrateurs, venus de la périphérie veineuse. — Il faut reconnaître deux grandes variétés de coagulations pulmonaires : les unes, *primitives*, qui sont dues à une maladie du poumon : pneumonie, œdème, apoplexie, etc., etc.; — Les autres, *secondaires*, qui sont le résultat de la migration d'un caillot veineux periphérique (embolie de Virchow).— Toute cachexie, en modifiant la crase du sang, surtout dans son élément *fibrine*, est la cause principale, générale de la coagulation. — Des conditions locales, mécaniques, peuvent, à un moment donné, devenir la cause déterminante de la coagulation. — Les maladies organiques du cœur peuvent avoir une grande part dans les obstructions de l'artère pulmonaire, soit en faisant la cachexie cardiaque, soit en mettant obstacle mécanique à la circulation pulmonaire.

Coagulations sanguines, par M. Gallard. (Union médicale, t. VI, p. 43.)

M. Gallard a montré plusieurs caillots sanguins siégeant dans l'artère pulmonaire. L'un n'est pas adhérent au caillot contenu dans le ventricule ; un autre présente cette adhérence avec un rétrécissement au niveau de l'orifice pulmonaire ; mais ce qu'il y a de particulier, c'est que l'extrémité inférieure du caillot artériel est arrondie et offre des prolongements correspondants aux valvules sygmoïdes. Ces caillots doivent être considérés comme s'étant formés sur place ; ce ne sont pas des embolies.

Deux observations d'obstruction de l'artère pulmonaire, par M. Lancereaux. (Société de biologie ; Gazette médicale, p. 569, et Bulletin de la Société anatomique, p. 162.)

M. Lancereaux rapporte deux cas de caillots sanguins trouvés dans l'artère pulmonaire, il les fait suivre de considérations qu'il résume ainsi : — La dilatation et l'altération graisseuse du

cœur droit peuvent contribuer à la formation de concrétions fibrineuses au sein de l'artère pulmonaire, si elles n'en sont parfois la cause unique. Le plus souvent cette cause agirait de concert avec l'altération de l'artère pulmonaire. — La vie est compatible pendant un certain temps avec l'oblitération de la plupart des divisions de l'artère pulmonaire, lorsque cette oblitération survient lentement, et qu'elle est due conséquemment à des caillots qui se forment sur place. — Les caillots migrateurs donnant lieu à des troubles subits, excessifs et souvent rapidement mortels, peuvent être cliniquement distingués des précédents. — L'oblitération d'une ou de plusieurs des divisions de l'artère pulmonaire n'entraîne pas nécessairement l'altération du parenchyme du poumon correspondant. C'est là une preuve que l'artère pulmonaire est simplement un organe d'hématose, et que les artères bronchiques sont plus spécialement destinées à la nutrition des poumons. — La coïncidence fréquente d'une affection cardiaque avec dilatation, et de l'oblitération de plusieurs des divisions de l'artère pulmonaire, rend plus difficile le diagnostic de cette dernière. Une dyspnée excessivement pénible et surtout le peu de rapport entre cette sensation et les efforts musculaires de la respiration, les plaintes du malade, la pâleur et le froid des extrémités, et peut être aussi la moindre fréquence du pouls, sont autant de phénomènes qui doivent mettre sur la voie du diagnostic de l'obstruction artérielle, et qui peuvent suffire pour la reconnaître.

Embolies multiples de l'artère pulmonaire, par M. Fritz.
(Bulletin de la Société anatomique, p. 127.)

La pièce montrée par M. Fritz provient d'un homme ayant un cancer du foie, une péritonite suppurée et une *phlegmatia alba dolens* du membre inférieur droit; il y avait dans les veines malades des concrétions fibrineuses, dont une partie, d'après M. Fritz, se serait détachée et aurait été transportée dans l'artère pulmonaire, où on en retrouve une grande quantité présentant tous les caractères indiqués par Virchow. — Le malade n'en avait éprouvé aucune gêne et le poumon n'offrait aucune altération que l'on pût attribuer à ces caillots. — M. Millard ne regarde pas cette pièce comme très-démonstrative; il croit que les caillots ont pu se former sur place.

Gangrène spontanée attribuée à des embolies, par M. Simonin.
(Société de médecine de Nancy; Gazette médicale, p. 427.)

Jeune femme; endocardite aiguë; douleur très-vive le long du sciatique; cessation des battements artériels; bientôt gangrène des deux jambes et du bras droit. Mort rapide.

De la coïncidence des gangrènes viscérales et des affections gangréneuses extérieures, par M. Ball. (Union médicale, t. V, p. 162.)

M. Ball rapporte l'histoire d'une femme qui, ayant une vieille affection cardiaque, fut prise d'érysipèle gangréneux et consécutivement de pneumonie disséquante gangréneuse. — Partant de ce fait, il veut démontrer qu'en dehors de toute inoculation de virus, une gangrène extérieure peut être le point de départ d'affections gangréneuses viscérales et que, sous ce rapport au moins, l'infection gangréneuse peut être mise en parallèle avec l'infection purulente des amputés. — M. Ball appelle l'attention sur la forme de la gangrène : le séquestre pulmonaire, isolé sur une portion considérable de sa circonférence par un cercle gangréneux, conservait néanmoins à l'intérieur son organisation normale, et se trouvait muni de canaux perméables, soit à l'air, soit au sang. Il ne communiquait avec le parenchyme de l'organe que sur un seul point de sa circonférence, par la base du prolongement qui pénétrait au sein de la masse pulmonaire : partout ailleurs, les vaisseaux se trouvaient oblitérés, au pourtour du point induré. — M. Ball regarde la gangrène pulmonaire comme se rattachant à l'existence d'un vaste foyer gangréneux, situé à l'extérieur et l'infection gangréneuse, dans les cas de ce genre, lui semble devoir reconnaître pour cause la pénétration dans le torrent sanguin, soit de liquides septiques provenant du foyer primitif, soit même de caillots sanguins chargés de sanie gangréneuse, et formés primitivement dans les veines qui traversent le foyer.

Gangrènes spontanées, par M. Laborde.
(Société de biologie, juillet 1860 ; Gazette médicale, p. 625.)

Observation avec nécropsie, dans laquelle la gangrène paraît devoir être rapportée à une lésion primitive du système vasculaire à sang noir, ou tout au moins à une lésion simultanée des veines et des artères (artère phlébite de Victor François).

La même observation est reproduite dans la Gazette des hôpitaux, p. 481.

De la phlegmatia alba dolens, par M. Werner.
(Thèses de Paris, n° 89.)

L'auteur examine les deux points suivants : 1° la *phlegmatia alba dolens* se rencontre-t-elle exclusivement chez les femmes en couches? 2° quelles sont ses lésions anatomiques?

De la phlegmatia alba dolens, par M. Dulac.
(Thèses de Paris, n° 235.)

Cas de thrombose de l'aorte, par M. Trost.
(Union médicale, t. V, p. 489.)

Chez un homme, un caillot, développé sous l'influence d'une affection de l'endocarde, et formé sur la valvule bicuspide, fut transporté dans la courbure de l'aorte, et s'arrêta au point où la dégénérescence athéromateuse était la plus avancée, en y constituant une embolie adhérente aux parois du vaisseau. Son augmentation de volume fut d'autant plus favorisée par sa présence en tant que corps étranger dans l'intérieur de l'artère, que cette artère était modifiée en ce point; que ses parois étaient dilatées et douées d'une contractilité moindre. De nouveaux coagula s'ajoutèrent constamment à la périphérie de l'embolie, si bien que finalement, cette dernière, augmentant toujours de volume, atteignit l'orifice de la sous-clavière et de la carotide gauches, l'oblitéra en partie, et réduisit à 2 centimètres la lumière de l'aorte. Pendant ce temps, une attaque d'apoplexie survint. Comme il existait en même temps une altération de la valvule bicuspide, le malade finit par succomber à un œdème des poumons.

Rupture de l'aorte dans le péricarde.
(Archives générales de médecine, mai, p. 610.)

Remarques sur la valeur séméiologique des bruits de souffle qui se produisent dans l'artère pulmonaire, par M. Sieveking. (The Lancet, 11 février 1860; Gazette hebdomadaire, p. 318.)

On entend les bruits de souffle dans des cas où l'artère pulmonaire est comprimée, soit par des ganglions bronchiques tuberculeux, soit par la partie interne et supérieure du poumon gauche, soit par une tumeur cancéreuse du poumon. Le souffle de l'artère pulmonaire peut devenir un bon signe de tuberculisation commençante.

Sur les néomembranes de la dure-mère, à propos d'un cas d'hémorrhagie intra-méningée, par MM. Charcot et Vulpian. (Gazette hebdomadaire, p. 728.)

Les auteurs veulent appeler l'attention sur les recherches faites dans ces derniers temps, en France et en Allemagne, sur les néomembranes de la dure-mère, néomembranes qui, d'après les idées nouvelles, seraient antérieures et non consécutives à l'hémorrhagie méningée. — Ils rapportent une observation, ayant pour titre: *Hémorrhagie intra arachnoïdienne*. Fausses membranes vasculaires sur la dure-mère (hématome de la dure-mère et pachyméningite).—Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans,

qui, après une succession d'accès épileptiformes sans autre accident, est prise tout à coup d'affaissement et de coma, rapidement suivis de mort. A l'autopsie, on trouve une hémorrhagie intra-arachnoïdienne du côté droit, et de plus, une fausse membrane tapissant les deux faces de la faux de la dure-mère et toute la partie de cette enveloppe du cerveau qui correspond à la convexité des hémisphères. Cette fausse membrane est organisée; elle contient des vaisseaux dont les parois sont très-minces, du tissu conjonctif, des granulations jaunâtres, quelques cellules épithéliales, des cristaux de carbonate de chaux et quelques amas de pigment noir. Il est certain que l'hémorrhagie est de date récente et que les néomembranes sont, au contraire, d'ancienne date.

MM. Vulpian et Charcot veulent ensuite établir : 1° qu'il peut se former des néomembranes sur la face profonde de la dure-mère sans que ces productions aient été nécessairement précédées ou accompagnées d'extravasions sanguines, et, en tous cas, sans qu'elles y trouvent leur cause génératrice; 2° que l'hémorrhagie méningée, d'après un grand nombre de recherches, paraît devoir être considérée, le plus souvent, comme une sorte d'épiphénomène du développement des néomembranes; qu'elle dépend, en termes plus explicites, de la rupture accidentelle des vaisseaux qui se sont produits dans ces membranes de nouvelle formation. — Pour cela, ils passent en revue les travaux de Bayle, de MM. Baillarger, Parchappe, Cruveilhier, et plus récemment, de MM. Virchow, D. Brunet, Calmeil, Hayre. — Au point de vue symptomatologique, il y a lieu de distinguer deux formes principales de l'apoplexie intra-arachnoïdienne. Tantôt, en effet, elle a un début brusque, inopiné, et se comporte comme une affection pour ainsi dire accidentelle, que rien ne peut faire prévoir. Les cas de ce genre, d'ailleurs relativement peu nombreux, paraissent être indépendants de la pachyméningite et ne rentrent pas directement dans le sujet de cette étude. Le plus souvent, au contraire, l'attaque apoplectiforme est précédée par des phénomènes morbides plus ou moins accusés, plus ou moins spécifiques, qu'il est presque toujours permis de saisir, pour peu que l'observation ne soit pas limitée aux derniers temps de la vie du malade, et qu'on peut, avec M. Schuberg, grouper ainsi qu'il suit : Dans une première période, qui s'étend souvent à plusieurs mois, il y a, entre autres symptômes, affaiblissement graduel de la mémoire et de l'intelligence, vertige; céphalalgie continue ou rémittente, générale ou partielle; puis, dans une seconde période, à mesure que les troubles de l'intelligence s'aggravent, on observe de la somnolence et de l'apathie; quelquefois la parole devient lente et s'embarrasse; les membres, en général, les inférieurs surtout, s'affaiblissent et perdent la certitude de leurs

mouvements ; il se produit des paralysies incomplètes et partielles, le plus souvent hémiplégiques, qui ont ceci de particulier, qu'elles augmentent et diminuent souvent avec une grande rapidité ; enfin, se déclare, en dernier lieu, l'attaque apoplectique dont les symptômes ont été surtout, — trop exclusivement peut-être, — mis en relief dans les descriptions classiques, et qui détermine, en général, la mort dans un assez court espace de temps. Si l'inflammation néomembraneuse de la dure-mère précède nécessairement ici l'hémorrhagie, la relation entre les symptômes et les lésions ne paraîtra pas très-difficile à établir : l'affaiblissement de l'intelligence, la céphalalgie plus ou moins vive, l'assoupissement, la faiblesse des membres, et, en un mot, tous les symptômes des premières périodes, procèdent de la pachyméningite. Des recrudescences dans le travail subinflammatoire, dont la dure-mère et les pseudo-membranes sont le siége, suivies de congestion sanguine des parties encéphaliques voisines, et peut-être aussi d'actions réflexes s'étendant à une partie plus ou moins grande du système de la circulation cérébrale, telles sont ensuite les causes organiques des attaques de perte de connaissance observées dans un certain nombre de cas. Lorsqu'il y a paralysie à cette époque, on conçoit qu'elle soit mobile et qu'elle puisse disparaître, reparaître ou se déplacer, puisqu'elle dépend d'une congestion qui tour à tour augmente, diminue ou se déplace. La pachyméningite pourra, d'ailleurs, passer inaperçue, si elle est très-légère, ou bien si elle se produit au milieu d'un état grave par lui-même, principalement lorsqu'il s'agit d'une affection dans laquelle les fonctions cérébrales sont déjà nécessairement troublées : c'est pourquoi elle est si habituellement méconnue dans le cours de la paralysie générale avec laquelle elle coexiste, comme on sait, très-fréquemment. Quant aux symptômes apoplectiques de la dernière période, ils dépendent de l'irruption plus ou moins brusque d'une quantité de sang plus ou moins considérable entre les lames de la néo-membrane ou dans la cavité arachnoïdienne. — Quant au traitement, dans les cas où le diagnostic pourra être porté, il faudra, par tous les moyens que l'on oppose aux inflammations chroniques, combattre la pachyméningite. Cette affection est susceptible de rétrocéder et la guérir, c'est prévenir l'hémorrhagie méningée.

Examen anatomique de plusieurs cas d'hémorrhagie méningienne intra-arachnoïdienne; études histologiques sur la constitution du caillot et son enveloppe, par M. Laborde. (Société de biologie, juillet; Gazette médicale, p. 624.)

L'épanchement sanguin est complétement isolé des parties voisines, emprisonné dans une enveloppe partout continue à elle-

même, constituant en un mot un véritable kyste. Assez adhérent par sa face supérieure à la dure-mère, il n'a qu'un rapport de simple contact avec la surface du lobe cérébral sur lequel il est couché. Lisse du côté qui correspond à la dure-mère, l'enveloppe présente du côté du cerveau un aspect gaufré. Elle est constituée par des fibres tassées (fibrine en voie d'organisation), sans trace de vascularisation ; c'est une pseudo-membrane à son premier terme. — Le contenu est du sang plus ou moins altéré.

Hémorrhagie de l'arachnoïde, par M. Dumont.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 203.)

Il y avait une carie du rocher et une hémiplégie faciale gauche.

Méningite avec lésion ancienne de l'os occipital et de l'extrémité postérieure du lobe cérébral droit, par M. Ed. Labbé. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 102.)

Un jeune homme fait une chute sur la tête ; pas de céphalalgie persistante, pas de trouble de l'intelligence, de la motilité ou de la sensibilité. Quatorze ans après, il succombe à une méningite. A l'autopsie, on a trouvé une vieille ostéite correspondant au point du crâne qui avait porté dans la chute : à ce niveau l'os était altéré, et il y avait sur le cerveau une perte de substance considérable (probablement suppuration de l'os et du cerveau). L'auteur suppose, en l'absence de toute prédisposition aux tubercules, que la méningite actuelle a eu pour point de départ l'ancienne lésion.

De la méningo-encéphalite tuberculeuse des enfants, par M. Lacombe.
(Thèses de Paris, n° 90.)

Méningite tuberculeuse, par M. Raynaud.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 169.)

Pendant la vie, il n'y a eu aucun symptôme de cette affection, dont les lésions, cependant, sont très-manifestes. Il n'y avait eu chez le même enfant aucun signe d'une hémorrhagie cérébrale, remontant, d'après la structure du caillot, à plusieurs mois.

Etude anatomo-pathologique sur l'hydroméningocèle, par M. Gintrac.
(Journal de médecine de Bordeaux.)

Onze observations. Cette tumeur se distingue de l'hydrocéphalocèle en ce qu'il n'y a pas d'expansion cérébrale déployée dans le sac herniaire, ou se présentant à l'orifice anormal du crâne. Tantôt le liquide est dans l'arachnoïde, d'autres fois il est ven-

triculaire ; l'hydroméningocèle accompagne souvent les arrêts de développement du cerveau ; elle peut exister sans lésions cérébrales ; elle date du commencement ou du milieu de la gestation ; le plus souvent elle siége à l'occiput, quelquefois au front ; elle occupe la ligne médiane ou les côtés ; elle peut acquérir des dimensions considérables et gêner l'expulsion du fœtus ; la peau qui la recouvre est le plus souvent transparente. La tumeur est fluctuante, réductible par la rentrée du liquide dans le crâne ; elle se tend, quand l'enfant crie ; elle est indolente ; par la réduction, on peut produire des accidents cérébraux, si le liquide est en grande quantité. Les différences entre l'hydrocéphalocèle et l'hydroméningocèle sont peu sensibles ; dans le second cas, transparence plus grande, réduction plus facile et plus complète. Le pronostic est très-grave ; la guérison, quand le cas est simple, peut être obtenue par la ligature ; la ponction offre des dangers.

Nouveaux faits à l'appui du traitement de l'hydrocéphalie aiguë par le mercure à haute dose, par M. Ronzier-Joly. (Bulletin de thérapeutique, LIX, p. 481.)

L'auteur a déjà publié, en 1857, un mémoire sur ce sujet. Dans ce nouveau travail, il apporte deux faits à l'appui de l'efficacité du mercure ; il pense que les saignées révulsives et dérivatives peuvent être indiquées par l'état du sujet ; que les vésicatoires peuvent convenir à une certaine période de la maladie, ainsi que les sudorifiques et les laxatifs ; mais c'est au mercure qu'il faut avoir recours. M. Ronzier-Joly fait usage d'onguent napolitain en frictions alternatives, sur la tête ou les cuisses, de 2 à 3 grammes, selon les âges ou la gravité, toutes les deux ou trois heures au début, et ensuite à de plus longs intervalles, suivant l'amélioration. Le calomel ne doit pas être employé, parce qu'il produit trop rapidement la salivation, qui, dans ce cas, n'est nullement utile. Les frictions ainsi faites ne produisent pas facilement la salivation.

Considérations sur l'hydrocéphalie aiguë et sur son traitement par le mercure à haute dose, par M. Rodet. (Montpellier, imprimerie Gras ; in-8, 99 pages.)

Hydrocéphalie chronique. (Journal der kinderkrank., et Bulletin de thérapeutique, t. LVIII, p. 373.)

Un cas dans lequel la compression avec un anneau de caoutchouc a produit la guérison en peu de temps. Dans un autre cas, il y a eu rupture spontanée de l'hydrocéphalie et le malade a guéri, bien qu'il fût à la dernière période de la maladie. Sur 63 cas de ponction, M. West a trouvé que 18 guérisons avaient

été obtenues : à la ponction, il faut toujours associer la compression.

Hydrocéphalie chronique avec tumeur tuberculeuse du cervelet, par M. Gros. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 362.)

Cette tumeur occupait la partie médiane du cervelet ; elle avait donné lieu à tous les phénomènes qui caractérisent une tumeur intra-crânienne, sans qu'il fût permis par les symptômes d'en localiser le siége. Elle comprimait les sinus de la dure-mère, ce qui avait amené l'épanchement de sérosité.

De la séméiologie des affections cérébrales, par M. Falret. (Archives générales de médecine, octobre, p. 460.)

M. Falret analyse dans cet article un ouvrage de M. Winslow : *Des maladies obscures de l'esprit et du cerveau* (Londres, 1860). Ces auteurs ont voulu condenser, dans une revue rapide, les principaux symptômes que nous présentent les maladies cérébrales, soit dans leurs débuts, soit dans les périodes où leurs caractères sont moins nettement accusés. On trouve traités, dans ce programme, les sujets suivants : les perturbations intellectuelles, depression et exaltation de l'intelligence; les troubles de la mémoire, oubli des langues, des mots, etc.; les désordres de la motilité, faiblesse musculaire, troubles de la parole, etc. ; les troubles de la sensibilité, hypéresthésie et anesthésie générales ou partielles ; les troubles de la vision.

Remarques sur le diagnostic des affections cérébrales, par M. Griesinger. (Archiv. der Heilkunde ; Archives générales de médecine, juin, p. 672.)

L'auteur commence par établir les différences qui existent pour les symptômes, entre les lésions *diffuses* de l'encéphale et les lésions *à foyer*. Il discute ensuite les signes propres à chaque affection, et il formule le diagnostic différentiel, tel qu'on le trouve dans les livres classiques.

Coloration noirâtre des centres nerveux, par M. Gubler. (Journal de la physiologie de l'homme et des animaux, janvier.)

M. Gubler a trouvé chez un nègre une coloration bistre, ardoisée ou noirâtre des centres nerveux. Partant de ce fait, il a recherché s'il y avait un rapport entre la coloration du cerveau et la proportion du pigment, soit à la surface du derme, soit dans les poils. Ce rapport existe et, après avoir établi que la co-

loration du cerveau des noirs est en général plus foncée que celle des blancs, M. Gubler montre que chez ces derniers on peut reconnaître des différences assez tranchées, suivant la quantité de pigment cutané.

Diagnostic des apoplexies, par M. Poëlman. — Remarques de M. Flourens. (Académie des sciences, 19 novembre.)

M. Poëlman envoie l'observation suivante : Depuis plusieurs mois, j'avais remarqué un petit chien chez lequel toutes les fonctions se faisaient bien ; l'intelligence était intacte ; il n'y avait pas de paralysie, mais l'animal se trouvait dans l'impossibilité de coordonner ses mouvements volontaires. Il ne sortait pas d'un petit panier dans lequel il était couché, et à plusieurs reprises, dans le courant de la journée, il lui prenait des mouvements gyratoires tout à fait involontaires : il se tournait alors continuellement pendant plus d'un quart d'heure et toujours dans le même sens. — A l'autopsie, dans le cervelet, et surtout dans les pédoncules cérébelleux moyens, il y avait un nombre considérable de concrétions calcaires qui donnaient à ces parties une grande résistance. Le scalpel était fortement ébréché. Enfin, le cervelet, sauf le vernis, était comme pétrifié. — Quelques granulations calcaires, mais en quantité beaucoup moindre, se trouvaient aussi dans le pont de Varole. Au delà, toutes les parties du cerveau étaient saines ; il en était de même de la moelle allongée. — Dans cette intéressante observation, ce qui me paraît surtout devoir être remarqué, c'est le rapport exact des phénomènes pathologiques, des symptômes, aux fonctions des parties lésées : — A la lésion du cervelet, presque entièrement pétrifié, répond l'impossibilité de coordonner les mouvements de locomotion. — Aux pédoncules cérébelleux moyens et au pont de Varole répondent les mouvements gyratoires involontaires.

M. Flourens dit à ce propos : Je prie l'Académie de me permettre quelques réflexions générales sur le diagnostic des apoplexies. — La possibilité de ce diagnostic résulte, tout entière, de mes expériences sur l'encéphale. — J'ai fait voir, par ces expériences que l'encéphale, pris en totalité, se compose de trois parties essentiellement, c'est-à-dire fonctionnellement distinctes : — 1° Le cerveau proprement dit (lobes ou hémisphères cérébraux), siége de l'intelligence ; — 2° Le cervelet, siége du principe qui coordonne, qui équilibre les mouvements de locomotion ; — 3° La moelle allongée ou plus exactement le point de cette moelle que je nomme *point* ou *nœud vital*, siége du principe même de la vie. — De là trois classes d'apoplexies : les apoplexies cérébrales, les apoplexies cérébelleuses et les apoplexies bulbaires ou de la moelle allongée. — Les symptômes ne sont

que les fonctions troublées; les fonctions une fois connues, rien de plus facile que de remonter des symptômes à l'organe lésé. — L'intelligence perdue marque le siége de l'apoplexie dans le cerveau proprement dit (lobes ou hémisphères cérébraux); — L'équilibration des mouvements de locomotion perdue marque le siége de l'apoplexie dans le cervelet; — La mort soudaine marque le siége de l'apoplexie (apoplexie foudroyante) dans le nœud vital. — Je suppose ici des apoplexies simples, parce que je parle au point de vue physiologique — L'art du physiologiste est d'isoler les organes pour isoler les propriétés, pour arriver à des faits simples. — En pathologie, les faits sont presque toujours compliqués : rarement un organe seul est lésé, plusieurs le sont presque toujours à la fois et plus ou moins inégalement. — De là, pour les médecins, des diagnostics plus difficiles que ceux des physiologistes, mais dans lesquels les faits simples, donnés par la physiologie, servent de guide, et conduisent, comme par la main, pour le démêlement et l'analyse des faits compliqués.

Recherches nouvelles sur l'apoplexie cérébrale, par M. Lamare-Picquot. (Paris, J.-B. Baillière, in-8, 56 pages.)

Voir l'*Annuaire*, t. III, p. 224.

Hémorrhagie de la protubérance, par M. Cornille. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 201.)

Depuis longtemps, le malade éprouvait de l'engourdissement dans les membres inférieurs, avec incontinence d'urine et des matières fécales; son intelligence était affaiblie. — Dans la même journée, vomissements, perte de l'intelligence, de la motilité, de la sensibilité, et mort. Rien dans la moelle; caillots dans la protubérance, s'élevant jusque dans les pédoncules cérébraux et les pédoncules cérébelleux.

Hémorrhagie de la protubérance annulaire, par M. Martineau. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 311.)

Ce malade, qui avait en même temps une pleurésie double avec œdème pulmonaire à droite, une péricardite et une hypertrophie du cœur et enfin une maladie de Bright, a présenté, touchant l'hémorrhagie de la protubérance, les particularités suivantes : il a eu une paralysie croisée, survenue après des vomissements, de la céphalalgie et des vomissements; il a vécu dans cet état pendant dix jours, malgré toutes les lésions du côté de la cavité thoracique. A l'autopsie, on trouve un caillot dans le centre de la protubérance : il a à peu près 2 centimètres d'étendue dans tous ses diamètres; il est de date assez récente. — Dans un

intéressant rapport sur ce fait, M. E. Cruveilhier insiste surtout sur la position centrale du caillot, qui n'a pas empêché la paralysie d'être alterne.

La même observation a été publiée par M. Hillairet, dans la Gazette médicale, p. 672.

Hémorrhagie de la protubérance annulaire, par M. Guéniot. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 321.)

Observation présentant, au point de vue anatomique, cette particularité, que les artères vertébrale gauche et basilaire étaient ossifiées et dilatées.

Hémorrhagie de la protubérance annulaire. (Medical times and Gazette, 28 avril ; Union médicale, t. VII, p. 381.)

Femme de soixante-six ans. On la trouve dans un coma profond, dans une immobilité complète ; la sensibilité est presque partout complétement éteinte. Vomissements ; mort après soixante-six heures.—Comme lésion unique, on trouve au centre du pont de Varole, peut-être un peu plus à gauche qu'à droite, un caillot de sang remplissant un foyer du volume de la moitié d'une noix.

Hémorrhagie cérébelleuse, par M. Hillairet. (Société de biologie, novembre 1859 ; Gazette médicale, p. 214.)

Cette observation, tout à fait intéressante, peut ainsi se résumer : vomissements, état comateux, conservation de l'intelligence ; hébétude du visage ; décubitus sur le côté correspondant au siége de l'hémorrhagie, avec légère tension du tronc ; absence de paralysie directe ni croisée ; station, équilibration et progression impossibles jusqu'à la guérison ; plus tard, nouvelle attaque d'hémorrhagie ; hémiplégie droite ; mort rapide dans le coma ; perte de l'intelligence dans le début ; foyer hémorrhagique siégeant dans le centre de l'hémisphère droit du cervelet en partie revenu sur lui-même et cicatrisé ; vaste foyer hémorrhagique récent, détruisant tout le corps strié gauche et un peu la couche optique correspondante.

Ramollissement hémorrhagique, par M. Hillairet. (Société de biologie, janvier ; Gazette médicale, p. 368.)

Il siégeait dans la moitié postéro-inférieure de la face supérieure (ou postérieure) de la protubérance annulaire ; paralysie faciale directe ; hémiplégie croisée. — Cette observation confirme les opinions de MM. Millard et Gubler.

Tumeur squirrheuse de l'encéphale (côté droit), par M. Sonrier. (Gazette des hôpitaux, p. 550.)

Hémorrhagie de la glande pinéale, par M. E. Simon. (Bulletins de la Société anatomique, p. 306.)

Femme de trente-cinq ans ; céphalalgie, double amaurose, perte de l'olfaction. — Méningite de la base et compression du chiasma des nerfs optiques.

On est surpris, après ce titre, de ne trouver aucun détail relatif à l'hémorrhagie elle-même. — Voir aussi les Bulletins de la Société anatomique, 1860, p. 143.

Kyste séreux du cervelet, par M. Hérard. (Union médicale, t. VII, p. 230.)

Il avait détruit la presque totalité du lobe droit du cervelet ; il y avait défaut de coordination des mouvements des membres et absence de paralysie de la motilité et de la sensibilité.

Tumeur du cervelet, par M. Roché. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 310.)

La mort a été très-rapide ; il n'y avait dans les antécédents du malade que très-peu de symptômes se rapportant à cette affection.

Tubercules multiples du cervelet, par M. Campana. (Bulletins de la Société anatomique, 1860, p. 182.)

Il y avait en même temps une tuberculisation ganglionnaire générale.

Tumeur du cervelet, par M. Martineau. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 244.)

Recherches sur les maladies du corps pituitaire, par M. Middleton Michel. (Charleston med. Journ. and review, mars.)

Le corps pituitaire est une glande vasculaire, car ses maladies ressemblent à celles de la rate, du thymus, etc. Sa destruction, du reste, n'entraîne aucun symptôme du côté des centres nerveux. Les affections de corps pituitaire déterminent rapidement l'amaurose (par suite du voisinage des nerfs optiques), sans amener d'hémiplégie. Plus tard, les parties voisines peuvent devenir malades, et alors divers phénomènes cérébraux se déclarent.

Quelques faits cliniques relatifs à des maladies de l'appareil encéphalo-rachidien, par M. Gouzée. (Archives belges de médecine militaire, et Gazette médicale, p. 22.)

Cinq observations, parmi lesquelles on donne l'histoire d'une

hydrocéphalie aiguë et d'une méningite rachidienne, avec paralysie des quatre membres.

Note sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement des maladies du cerveau chez les enfants, par M. Coldstream. (Bulletin de thérapeutique, t. LVIII, p. 151.)

L'auteur a employé avec succès l'iodure de potassium à la dose de 5 à 15 centigrammes plusieurs fois par jour, dans tous les cas où, chez des enfants, les phénomènes cérébraux pouvaient être attribués à une inflammation tuberculeuse des méninges; il dit avoir également employé avec avantage l'iodure de potassium dans les maladies aiguës de l'encéphale, alors qu'il n'y avait aucune trace de diathèse scrofuleuse, et aussi dans les convulsions qui suivent la dentition.

De l'emploi des alcooliques dans les maladies du système nerveux, par M. Giraud-Teulon. (Gazette médicale, p. 587.)

L'auteur veut prouver, en citant différents faits et en rapportant des observations empruntées à l'anglais Pursell, que les alcooliques sont les réparateurs du système nerveux épuisé. Ils sont indiqués dans les maladies asthéniques, plus fréquentes qu'on ne le croit.

Note sur le délire aigu chez les Néo-Calédoniens, par M. de Rochas. (Société de biologie, juillet; Gazette médicale, p. 586.)

L'aliénation mentale est très-rare chez ces tribus, l'idiotie est plus fréquente. La croyance *aux esprits* est très-répandue. Les accès que décrit l'auteur sont une forme de délire aigu, avec hallucinations liées à la théomanie ou à la démonomanie. Le délire est furieux; il dure une heure à peu près; dès qu'il a cessé, les individus prostrés racontent leurs hallucinations. Jamais de suites funestes.

Maladies de la moelle épinière, par M. Ch. Pinel. (Paris, imprimerie Chaix; in-8, 252 pages.)

Congestion rachidienne; maladie des moissonneurs en 1859, par M. Martin Duclaux. (Académie des sciences, mars.)

Cette maladie est signalée par l'auteur comme nouvelle dans les cantons de l'arrondissement de Villefranche; celle dont il adresse aujourd'hui la description, et qu'il n'hésite pas à attribuer aux chaleurs excessives de l'été de 1859, avait fait son ap-

parition au mois de juillet, et ne disparut qu'après quelques mois. — La maladie n'avait d'abord atteint que des moissonneurs ; mais, après un certain temps, elle se montra chez des sujets qui n'étaient pas, comme ceux-ci, exposés à l'insolation. — L'invasion, à peu près instantanée, s'est annoncée assez souvent par la céphalalgie, par des éblouissements, par l'injection ou plutôt la cyanose du visage et de tout le corps, par des dérangements digestifs. Insensiblement, et en peu de temps, défaillance de force dans les membres ; les mains laissent échapper les instruments, la marche devient titubante ; il y a des vertiges, souvent des chutes. Le malade accuse habituellement des douleurs dans divers points de la colonne vertébrale. — L'étude attentive des symptômes n'a pas permis de se méprendre sur le point de départ des désordres : il est dans les centres nerveux, le cervelet, la moelle épinière, siéges d'abord d'une hypérémie, puis d'une phlegmasie. Cependant on a eu rarement besoin de recourir aux émissions sanguines. Les frictions mercurielles sur la colonne vertébrale ont, au contraire, été généralement employées avec un grand succès.

Méningite cérébro-spinale, par M. Briquet.
(Gazette des hôpitaux, p. 133.)

Cette observation est intéressante, parce qu'on a trouvé du pus et des lésions probablement assez anciennes, et que la marche de la maladie a été très-rapide, bien que la plupart des symptômes de la méningite cérébro-spinale aient fait défaut.

Myélite aiguë, par M. Hillairet.
(Société de biologie ; Gazette médicale, p. 503.)

Cette myélite avait envahi la plus grande partie du renflement cervical ; ramollissement presque diffluent et rosé de cette portion de la moelle ; paralysie seulement des membres inférieurs ; conservation complète des mouvements et de la sensibilité dans les membres inférieurs et les muscles du thorax.

Ramollissement de la moelle, par M. Fritz.
(Bulletin de la Société anatomique, p. 2.)

Femme de trente ans ; escarre au sacrum ; le pus avait fusé dans l'intérieur du canal rachidien par les trous sacrés postérieurs ; la gaîne des nerfs et de la queue de cheval est enflammée ; la moelle épinière est ramollie.

Tumeur en bissac comprimant la partie supérieure de la région cervicale de la moelle. Mort, par M. Gérin-Roze. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 281.)

Des paralysies musculaires, par M. Barnier.
(Thèses de concours de Paris ; in-4, 77 pages.)

Pour l'auteur, la paralysie musculaire est celle dont la cause prochaine réside dans le muscle. Pour établir l'existence de ces paralysies, M. Barnier rappelle quelques principes de physiologie, qu'il résume ainsi : « Un muscle est un organe doué d'une propriété spéciale et propre à ses fibres, l'irritabilité. Cette propriété dérive de la structure même du muscle et a besoin, pour s'exercer, de l'influence des nerfs et du sang. La bonne nutrition du muscle lui est donc nécessaire, et toutes les fois que les aliments nutritifs ou respiratoires feront défaut à celui-ci dans une certaine proportion, elle diminuera ou s'éteindra complétement.» Partant de ce principe, l'auteur assigne aux paralysies musculoires certains caractères qui les différencient des autres paralysies ; il insiste sur la localisation des phénomènes du côté de l'organe malade ; en dehors des troubles qui résultent de la maladie, dans le cours de laquelle se sont développées les paralysies musculaires, tout est normal, tout est physiologique. En général, les paralysies guérissent, à moins que le muscle n'ait subi des altérations de tissus. Le diagnostic peut être difficile, si la paralysie musculaire affecte la forme hémiplégique ou paraplégique ; il faut aussi ne pas confondre la paralysie musculaire généralisée avec la paralysie des aliénés. — M. Barnier admet pour ces paralysies plusieurs causes, suivant lesquelles il distingue plusieurs espèces : par anémie ; — par altération du sang (cacochymie, intoxication par le plomb, le mercure, l'arsenic, le sulfure de carbone) ; — par altération du muscle ; — par adynamie locale (froid, hystérie, compression et commotion, etc. — A propos de chacune de ces espèces, M. Barnier entre dans des détails intéressants ; il termine en montrant que le traitement doit être surtout local (électricité et excitants de toutes sortes), à moins que les toniques ne soient indiqués par la mauvaise constitution et une anémie générale.

De l'anesthésie musculaire, par M. Sizaret.
(Thèses de Strasbourg.)

Atrophie musculaire progressive, par M. Luys.

L'atrophie portait sur les muscles des membres supérieurs, surtout à gauche. Le malade ayant succombé à une pneumonie intercurrente, on a trouvé les racines antérieures des nerfs correspondants atrophiées, à gauche plus qu'à droite. Intégrité parfaite dans tous les autres points de la moelle. Au microscope, M. Luys a vu que le système capillaire avait un développement énorme dans toute la portion de la moelle d'où partaient les ra-

cines atrophiées ; les parois des capillaires étaient épaissies, envahies par un dépôt granuleux, entourées de corpuscules amyloïdes. En outre, les tubes nerveux des racines antérieures et les cellules nerveuses de la substance grise correspondante avaient disparu, ne laissant çà et là que des vestiges de leurs parois. Toutes ces lésions étaient surtout manifestes à gauche.

Atrophie musculaire progressive, par M. Baerwinkel. (Vierteljahrschrift für der praktische Heilkunde ; Gazette médicale, p. 190.)

Dans ce cas, l'atrophie des muscles s'est montrée d'une manière progressive ; elle a commencé par un côté du corps et a envahi peu à peu le côté opposé. L'auteur fait remarquer surtout les contractions fibrillaires. Elles se montrèrent dès l'origine de la maladie, même avant l'apparition d'aucun désordre dans les mouvements ; elles s'étendirent insensiblement, sans cependant jamais envahir le muscle entier, et elles disparurent quand la maladie eut atteint un haut degré d'intensité, sans doute par suite de la dégénérescence graisseuse ou fibreuse. Ces mouvements fibrillaires cessaient pendant la contraction volontaire et totale du muscle. — L'auteur pense que ces contractions fibrillaires partielles sont produites par des fibres altérées dans leur nutrition et non par des fibres encore saines. — Quant à la nature de cette maladie, l'auteur fait jouer au grand sympathique le rôle le plus important dans sa production. Voici comment il formule sa manière de voir à ce sujet : « Le premier trouble part des centres du grand sympathique, la nutrition des muscles est altérée, et leur paralysie a lieu. L'inaction des muscles a pour résultat l'atrophie ou la dégénérescence des nerfs moteurs. Le ramollissement de la moelle doit être regardé comme une complication ou comme une suite du travail pathologique qui s'étend aux fibres du sympathique destinées à la nutrition de la moelle. L'affection a probablement pour point de départ les ganglions spinaux. »

De la nature et du siége de certaines paralysies isolées de la sensibilité, par M. Sellier. (Thèses de Strasbourg.)

Le galvanisme comme moyen de diagnostic dans les paralysies, par M. Althaus. (Deutsche klinik ; Gazette médicale, p. 753.)

Quand l'irritabilité des fibres musculaires dans les membres paralysés paraît augmentée, on a affaire à une paralysie cérébrale qui provient d'une irritation siégeant dans l'intérieur de la boîte crânienne. Si l'irritabilité de la fibre musculaire dans les membres paralysés est fortement diminuée ou éteinte, il est pro-

bable qu'il existe une interruption dans la continuité des nerfs moteurs ou une paralysie plombique ; cependant on ne doit pas perdre de vue que les cas invétérés de paralysie hystérique et rhumatismale, et même quelques cas de paralysie cérébrale donnent les mêmes résultats. Si l'irritabilité de la fibre musculaire dans les membres paralysés est la même que celle des membres sains, il n'y a pas de plomb dans le sang, et il n'existe aucune solution de continuité des nerfs moteurs ; mais, si les cas sont invétérés, ils dépendent de maladies du cerveau, et, s'ils sont relativement de date récente, ils sont de nature hystérique, rhumatismale ou spontanée.

Note sur le spasme fonctionnel et la paralysie musculaire fonctionnelle, par M. Duchenne. (Bulletin de thérapeutique, LVIII, p. 196.)

M. Duchenne résume ainsi son mémoire : La fonction musculaire, fréquemment répétée, peut occasionner temporairement le spasme ou la paralysie d'un ou de plusieurs des muscles qui concourent à cette fonction. — Le spasme fonctionnel est caractérisé tantôt, et ordinairement, par des contractions continues, tantôt par des tremblements ou des contractions cloniques; il disparaît avec la suspension de la fonction musculaire qui l'a provoqué. Il est quelquefois indolent, mais plus souvent douloureux. Fréquemment il apparaît dans les muscles moteurs de la main. Alors seulement cette forme de spasme fonctionnel pourrait être désignée sous le nom de *crampe des écrivains*, dénomination qui lui a été donnée par les auteurs, parce qu'il est ordinairement continu et douloureux, parce que l'on a vu qu'il attaquait spécialement les écrivains. Mais je l'ai observé chez des pianistes, chez une fleuriste, chez des tailleurs, chez des cordonniers, chez des maîtres d'armes, etc Bien plus, il peut régner dans beaucoup d'autres régions que la main. Ainsi je l'ai vu siéger dans les rotateurs de l'humérus, dans les rotateurs de la tête ; dans les fléchisseurs de la tête, pendant la station ; dans les muscles de la face ; dans les muscles de l'œil, pendant la lecture ou la fixité du regard (et produire le strabisme) ; dans les fléchisseurs du pied sur la jambe (chez un tourneur), enfin dans les expirateurs pendant chaque inspiration. La paralysie musculaire fonctionnelle ne se montre également que pendant l'exercice de la fonction qui l'a occasionnée. Elle est beaucoup moins commune que le spasme fonctionnel.—Jusqu'à présent la faradisation m'a paru généralement sans action thérapeutique sur le spasme fonctionnel. Elle a échoué complétement dans les quelques cas de paralysie musculaire fonctionnelle que j'ai eu occasion de traiter, tandis qu'elle guérit en général la contracture idiopathique. — Le spasme fonctionnel

des muscles moteurs de la tête peut guérir sous l'influence d'un exercice gymnastique qui consiste à maintenir aussi longtemps que possible les muscles antagonistes de ceux où siége ce spasme dans un état de contraction continue et volontaire, au moyen d'un appareil à résistance élastique.

Paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, par M. Duchenne. (Archives générales de médecine, septembre, p. 283.)

Cette singulière affection débute généralement par la paralysie de la langue. Les consonnes qui exigent, pour être articulées, l'application de la pointe de la langue contre la voûte palatine, ne sont plus entendues, ce qui donne à la parole une forme pathologique très-caractéristique. La déglutition est gênée, puis impossible ; aussi la salive s'écoule-t-elle en abondance au dehors. La paralysie des muscles moteurs du voile du palais amène de nouveaux troubles dans la déglutition et dans la phonation. L'orbiculaire des lèvres et quelques muscles moteurs des lèvres se paralysent progressivement, d'où la perte de leurs fonctions. La paralysie n'envahit jamais d'autres muscles que ceux qui président à la déglutition et à la phonation. Aussi, quand la maladie est arrivée à son entier développement, le sujet n'émet plus que des sons inarticulés, et quand il veut avaler, les liquides repassent par ses lèvres et par ses narines. — En outre, il y a souvent des étouffements, des syncopes. Pas de fièvre ; intelligence intacte, appétit conservé ; mais amaigrissement à cause de l'insuffisance de l'alimentation et peut-être affaiblissement sous l'influence d'une cause générale mal connue.

Les muscles de la langue sont d'abord affectés ; quelques mois plus tard, ceux du voile du palais se prennent ; après ces derniers, l'orbiculaire des lèvres ; les suffocations et les syncopes n'arrivent qu'à une période avancée de la maladie.

Marche chronique de un à trois ans. Progrès incessants : la maladie ne rétrograde pas, elle ne reste même pas stationnaire.

Au début, le diagnostic est difficile à établir, et M. Duchenne prend la peine de donner les caractères qui peuvent la faire distinguer de la pharyngite gutturale, de la stomatite simple, de la paralysie simple du voile du palais, de la paralysie de la septième paire, de l'atrophie de la langue dans l'atrophie musculaire graisseuse progressive.

Il nous paraît inutile d'insister sur ce sujet, après les caractères que nous avons énumérés.

Sur la cause, le siége et la nature de cette maladie, M. Duchenne avoue qu'il n'a que des données ou obscures, ou insuffisantes, pour ne pas dire nulles. La faradisation est-elle sus-

ceptible de donner de bons résultats? M. Duchenne en doute; il conseille de chercher une médication, même par l'empirisme.

Peu de temps après, M. Costilhes a publié le fait suivant, conforme à la description de M. Duchenne, qui a fait à ce propos quelques remarques dans la *Gazette hebdomadaire*, p. 809.

Observation de paralysie progressive localisée dans les muscles de la langue, du voile du palais, du pharynx et de l'orbiculaire des lèvres, suivie de mort, par M. Costilhes. (Gazette hebdomadaire, p. 792.)

Paralysie partielle, suite de commotion électrique, par M. de Méricourt. (Gazette des hôpitaux, p. 382.)

Cette commotion avait été reçue dans un poste télégraphique pendant un orage. — Faradisation. — Guérison.

Remarques sur différentes variétés de paralysie du moteur oculaire commun, par M. Lizé. (Union médicale, t. VI, p. 308 et 323.)

L'auteur reconnaît que les paralysies de ce nerf reconnaissent des causes cérébrales et des causes constitutionnelles. Dans le premier ordre, on trouve l'existence d'une tumeur comprimant le nerf, un épanchement sanguin ou séreux développé dans le voisinage sur l'épaisseur des faisceaux médians intermédiaires aux pédoncules cérébraux. Après un historique qui nous paraît assez complet, M. Lizé rapporte trois observations de paralysie du moteur commun par cause cérébrale. Dans le second ordre, l'auteur range le vice rhumatismal et le vice syphilitique, et il ajoute aux faits déjà connus l'observation d'une paralysie qui a frappé successivement les deux nerfs de la troisième paire, après un laps de temps assez long, et qui semble liée au vice syphilitique. Ce qu'il y a de remarquable au point de vue thérapeutique, c'est que les spécifiques n'ont produit aucun résultat pendant les trente-cinq premiers jours du traitement, et que l'électropuncture a amené une guérison très-rapide. Ces deux ordres de moyens doivent être employés simultanément.

Paralysie de la troisième paire droite, par M. Gubler. (Gazette des hôpitaux, p. 65.)

Le malade dont il est question avait eu, à la suite d'une rixe, des phénomènes cérébraux et en particulier, une paralysie de la troisième paire droite, qui récidivait pour la troisième fois, au moment où s'est produite la série suivante de phénomènes : accidents cérébraux pendant quatre jours (stupeur, amaurose, soubresauts des tendons, sans fièvre) ; mort rapide le cinquième jour, avec résolution générale et asphyxie ; méningite de la base ; produits plastiques entourant l'origine du nerf moteur

oculaire commun droit, et s'étendant au chiasma ; suffusion sanguine sur les deux côtés du bulbe.

Paralysie de la branche ophthalmique de Willis, par M. Archer. (The Indian annals of medical science, juillet 1859 ; Gazette hebdomadaire, p. 176.)

Cette paralysie, limitée à la branche de Willis, se manifestait par l'insensibilité de la conjonctive, de la peau des deux paupières. Douleur sourde dans l'orbite et perte presque complète de la vue. Congestion permanente de la conjonctive. Cette paralysie fut attribuée à une syphillis ancienne et guérie en quelques semaines par l'iodure de potassium.

Paralysie du nerf moteur oculaire externe, par M. Beyran. (Académie de médecine, 21 février.)

Ce travail repose sur l'analyse de trois observations qui sont personnelles à M. Beyran. Elles sont toutes relatives à des sujets syphilitiques, et dans les trois cas, la paralysie a cédé au traitement antisyphilitique, sans jamais s'être accompagnée de symptômes dénotant une origine cérébrale. Les phénomènes les plus saillants de cette affection sont, d'après l'auteur : La déviation permanente du globe oculaire en dedans ; — Divers troubles de la vision, et principalement la diplopie et un certain degré d'amblyopie. — Quant à la pupille, tout en conservant sa contractilité normale, elle a paru à M. Beyran moins dilatée que celle du côté sain. Dans les observations de M. Beyran, la paralysie n'affectait qu'un seul côté à la fois, et la durée a été de 78 jours chez le premier, de 71 chez le deuxième, et de 98 chez le troisième malade. — A propos du diagnostic de cette affection, M. Beyran fait remarquer combien on la distinguera facilement d'un simple strabisme convergent, en tenant compte des particularités suivantes : dans le cas de strabisme simple, l'œil dévié peut revenir momentanément à sa direction normale dès que l'on ferme l'œil sain ; dans la paralysie de la sixième paire, au contraire, l'œil reste invariablement dévié en dedans, avec impossibilité d'être ramené en dehors, que l'œil sain soit ouvert ou fermé.

Note sur la paralysie faciale et en particulier sur la paralysie faciale névralgique, par M. Notta. (Union médicale, t. V, p. 473.)

L'auteur rapporte une observation de paralysie faciale, qu'il a appelée *névralgique* (Archives de médecine, 1854, t. IV, p. 308), parce qu'elle est consécutive à une névralgie du nerf auriculo-temporal. — Une femme de trente-trois ans, sans s'être exposée

à aucune des causes qui déterminent ordinairement la paralysie du nerf facial, est prise de douleurs lancinantes qui suivent le trajet du nerf sous-occipital et du nerf auriculo-temporal ; et au bout de huit jours, lorsque les douleurs atteignent leur maximum d'intensité, survient une paralysie du nerf facial, absolument comme on voit la paralysie du nerf moteur oculaire commun se manifester sous l'influence de la névralgie de la branche ophthalmique de la cinquième paire. — Traitement par les vésicatoires et le sulfate de strychnine ; guérison en cinq jours.

Paralysie partielle de la main, causée par un corps étranger, par M. Giraud. (Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 468.)

Paralysie du bras droit et atrophie du deltoide. Traitement par l'hydrothérapie, par M. Duval. (Gazette des hôpitaux, p. 394.)

Des altérations de la sensibilité, par M. Marcé. (Thèses de concours de Paris. — J.-B. Baillière, in-8°, 111 pages.)

M. Marcé commence par établir combien ces altérations sont utiles à connaître pour le diagnostic des maladies cérébrales et nerveuses ; il analyse les recherches qui ont été faites sur la sensibilité, et il entre ensuite dans son sujet, qu'il divise ainsi : *exaltation, abolition* et *perversion* de la sensibilité. L'hyperesthésie est un état morbide, dans lequel toutes les sensations physiologiques sont plus ou moins exagérées ; M. Marcé l'étudie dans les diverses formes de sensibilité : 1° sensibilité générale et ses variétés, c'est-à-dire sensibilité de contact, de température, d'activité musculaire ; 2° sensibilité spéciale, comprenant les sens de la vue, de l'ouïe, du goût et de l'odorat. Comme appendice, M. Marcé fait, en quelques pages, une bonne étude de la douleur.

Dans le chapitre II, il est question de l'anesthésie, dont l'histoire est faite en suivant les mêmes divisions que pour l'hyperesthésie, et de même pour la perversion de la sensibilité ; dans le chapitre III, qui traite de ces perversions, on trouve comme corollaire une étude des hallucinations. Dans un quatrième chapitre, M. Marcé passe en revue les modifications pathologiques de quelques sensations internes, la faim, la soif, etc.

Dans la deuxième partie de sa thèse, l'auteur examine les causes et la valeur séméiologiques des altérations de la sensibilité. Les causes des altérations de la sensibilité sont étudiées dans l'ordre suivant : 1° Lésions organiques des centres et des cordons nerveux : — Méningite cérébrale et rachidienne, myélite, encéphalite, paralysie générale des aliénés, hémorrhagies

et ramollissement du cerveau ; lésions, inflammation et compression des cordons nerveux. — 2° Maladies aiguës ou chroniques étrangères au système nerveux et exerçant une influence débilitante sur toute l'économie : — Fièvre typhoïde, diphthérite, angine simple, dyspepsie et embarras gastrique. 3° Maladies par altération du sang, chlorose, anémie, albuminurie. — Il place dans cette catégorie, sans vouloir établir cependant une assimilation complète, les maladies qui s'accompagnent d'hémorrhagies abondantes comme le purpura, et les maladies cachectiques, cancer, syphilis, pellagre. — 4° Intoxications diverses : — Plomb, mercure, arsenic, ergotisme, sulfure de carbone, acide carbonique, éther, chloroforme. — 5° Névroses. — Il les étudie en dernier lieu, parce que leur action pathogénique est tout autre que celle des causes que nous venons d'énumérer. Développées elles-mêmes sous l'influence des mêmes conditions que les troubles de la sensibilité, elles comptent ces derniers non comme un de leurs effets, mais comme un de leurs éléments symptomatiques.

Chacune de ces causes est étudiée dans ses moindres détails et avec une clarté qui fait de cette thèse un des meilleurs chapitres de pathologie générale que l'on puisse consulter.

Quelques considérations générales sur les indications thérapeutiques dans les altérations de la sensibilité terminent cet excellent travail.

Note sur les bons effets de la digitale et de la quinine comme traitement de la migraine, par M. Serre. (Bulletin de thérapeutique, t. LVIII, p. 308.)

M. Serre donne quelques détails sur les différentes sensations éprouvées pendant un accès de migraine ; il cite plusieurs guérisons qu'il a obtenues par l'usage combiné du sulfate de quinine et de la poudre de digitale selon la formule de M. Debout. Cette formule est ainsi faite :

Sulfate de quinine.....	3 gr.
Poudre de digitale.....	1,50
Sirop de sucre.....	Q. S.

F. S. A. 30 pilules.

Une chaque soir en se couchant, pendant au moins trois mois.

De la migraine, par M. Goëde. (Thèses de Montpellier, n° 5.)

Sirop contre la migraine et les névralgies intermittentes, par M. Gaudier. (Bulletin de thérapeutique, t. LVIII, p. 361.)

Ce sirop, dont on doit donner une cuillerée à soupe au mo-

ment de l'accès, s'il s'agit d'une migraine, et une heure avant l'accès, s'il s'agit d'une névralgie, se compose de

Café faiblement torréfié.....	250 grammes.
Eau bouillante } une S. Q. pour faire 1 kilo-	
Sucre } gramme de sirop.	
Cinchonine.....	6gr,40
Sulfate de morphine.....	0 ,32

Etude et traitement de l'hémipéricrânalgie, par M. Tamin. (Thèses de Paris, nº 119.)

Étude assez complète, faite d'après les idées de M. Piorry.

Causes de névralgies en général, par M. Bourguignon. (Société de médecine du département de la Seine, 18 mai ; Gazette hebdomadaire, p. 456.)

L'auteur examine successivement l'influence d'un grand nombre de causes : l'hérédité est une cause prédisposante très-puissante. — L'âge prédispose aux névralgies ; les vieillards en souffrent peu ; c'est surtout de 20 à 50 ans que les névralgies sont observées. — La femme est plus prédisposée que l'homme. — La constitution, les mauvaises conditions hygiéniques ont une influence sur la production de la maladie, de même que l'alimentation et la profession, les climats et les saisons.

Pour les névralgies idiopathiques, les causes déterminantes sont souvent inconnues ; quelquefois elles sont produites par le froid, par les émotions morales vives ou prolongées, par des abus des forces musculaires et des organes.

Les névralgies sympathiques se déplacent d'un organe sur un autre organe, ou bien elles remplacent un trouble fonctionnel non névrosthénique, tel que catarrhe utérin, etc.

Parmi les états morbides dont la névralgie peut être symptomatique, M. Bourguignon range la chlorose, l'anémie, le rhumatisme, l'herpétisme, la syphilis, les absorptions miasmatiques et métalliques.

Le plus souvent, les causes générales prédisposantes et les causes déterminantes concourent ensemble au développement de l'hyperesthésie.

Réflexions sur un cas de névrose de la cinquième paire, et sur les névroses en général, par M. Audiffrent. (Thèses de Montpellier, nº 96.)

Des névralgies viscérales, par M. Laboulbène. (Thèses de concours de Paris. — Labé ; in-4º, 113 pages.)

L'auteur désigne par ce mot toute douleur, toute hyperesthé-

sie se manifestant dans un viscère et ne produisant ou ne laissant pas de lésion appréciable de l'organe. Les névralgies viscérales ont leur siége dans les nerfs viscéraux et ne sont pas d'une autre nature que les névralgies externes : toutefois il y a entre ces deux espèces quelques différences que M. Laboulbène expose. Ces névralgies existent partout où se rencontrent des ramifications du trisplanchnique ; suivant les trois grandes divisions de ce nerf, l'auteur décrit les névralgies des cavités crânienne, thoracique et abdominale.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude des conditions étiologiques des névralgies viscérales ; dans le chapitre suivant, la névralgie de chaque organe est étudiée dans ses moindres symptômes; puis M. Laboulbène fait un dernier chapitre de généralités sur les névralgies viscérales au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Recherches sur les névralgies consécutives aux lésions des nerfs, par M. Londe. (Thèses de Paris, n° 199.)

Cet excellent travail contient d'abord le résumé de soixante et onze observations, que M. Londe cite en faisant l'historique de la question. On voit que les causes les plus fréquentes, après les opérations chirurgicales, sont les contusions, les coupures, les plaies d'armes à feu ; c'est à la suite de la saignée que se montrent le plus souvent ces névralgies. La douleur est un symptôme constant : son point de départ est *toujours* le lieu même de la plaie ou de la cicatrice de celle-ci ; elle se rencontre du reste avec des caractères différents : on constate souvent des picotements dans la peau de la région ; il y a des spasmes musculaires et même de la contracture ; d'autres fois il y a de la paralysie. — M. Londe pense que la véritable cause, la cause immédiate des douleurs névralgiques, après une plaie de nerfs, réside dans l'adhérence de la portion lésée du nerf avec les tissus voisins, dans le tiraillement exercé, d'abord d'une façon générale, par les mouvements, et ensuite localement, par la rétraction du tissu de cicatrice. Cette explication s'applique surtout aux névralgies des moignons, des cicatrices, etc. — Dans les cas les plus simples, ces douleurs disparaissent d'elles-mêmes, par le seul effet du temps. On peut essayer l'opium, la belladone, etc.; mais le plus souvent c'est à une opération qu'il faut avoir recours. M. Londe donne la préférence à l'excision du nerf malade, qui a donné neuf succès complets sur dix opérations.

Accidents névralgiques et paralytiques complexes survenus à la suite d'une saignée; indications thérapeutiques, par M. Vinatier. (Bulletin de thérapeutique, LVIII, p. 425.)

Cette observation, communiquée à la Société de chirurgie, est très-intéressante. Les douleurs se sont montrées au moment de la saignée ; elles persistent depuis deux ans, très-vives, lancinantes, intolérables, au niveau de la cicatrice de la saignée ; en certains points il y a de l'anesthésie cutanée ; les muscles ont perdu la sensation de l'activité musculaire. Depuis quelques jours, les douleurs remontent le long du nerf radial. M. Vinatier demande à la Société de chirurgie s'il serait opportun de faire une opération chirurgicale ; la Société est d'avis de continuer les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine, qui ont jusqu'à présent produit chez cette malade une diminution de la douleur.

De l'atrophie musculaire consécutive aux névralgies, par M. Bonnefin. (Thèses de Paris, n° 192.)

L'auteur a établi les propositions suivantes :

L'atrophie musculaire consécutive aux névralgies est une maladie beaucoup plus fréquente qu'on ne pourrait le supposer par les rares et incomplètes observations qui existent dans la science. — Elle se développe dans les névralgies intenses, ayant une durée de plus de deux à trois mois. — Elle s'accompagne de faiblesse et de refroidissement du membre correspondant. — Elle se produit sous l'influence du système nerveux, qui, par action réflexe, détermine une diminution dans l'abord du sang que reçoit le membre affecté, le repos n'entrant que pour une faible part dans sa production. — La névralgie, s'accompagnant du refroidissement du membre correspondant, doit faire craindre l'atrophie musculaire et nécessite l'emploi des moyens les plus énergiques pour la faire cesser. — Enfin la marche de l'atrophie peut être entravée, et la guérison obtenue par diverses médications, mais surtout par l'électricité employée d'une manière méthodique.

Névralgie de la peau, par M. Bourguignon. (Gazette des hôpitaux, p. 161.)

Après un court historique, l'auteur étudie les causes de cette névralgie, qui sont les mêmes que pour les autres névralgies, avec cette remarque, toutefois, qu'ici la prédisposition est encore plus nécessaire. La névralgie cutanée peut occuper indistinctement toutes les régions du tégument ; la douleur peut présenter tous les degrés d'intensité. Le point qu'occupe la névralgie ne présente extérieurement aucun trouble fonctionnel apparent.

Dans le traitement, les agents qui peuvent agir directement, topiquement, sur le système nerveux, doivent occuper la première place. On combattra la cause quand on aura pu la reconnaître.

Névralgie accompagnée de surdité, par M. Vautier. (Gazette des hôpitaux, p. 279.)

Elle a été guérie instantanément par l'extraction d'une dent du maxillaire supérieur.

Deux névralgies guéries par l'extraction d'une racine de dent. (The Lancet, 31 mai, et Gazette médicale de Lyon, p. 189.)

Opérations pratiquées pour remédier à des névralgies du nerf sous-orbitaire, par MM. Linhart et Langenbeck. (Deutsche Klinik, n° 21, 1860; Gazette hebdomadaire, p. 650, et Archives générales, p. 609, novembre.)

Carnochan, en Amérique, a pratiqué plusieurs fois la résection du nerf sous-orbitaire, pour remédier à des névralgies ; ces opérations ont réussi. MM. Linhart et Langenbeck ont fait connaître, de leur côté, les procédés opératoires qu'ils avaient employés dans des cas analogues.

Traitement de la névralgie faciale par le sublimé corrosif et le vin de colchique, par M. Burdach. (Presse médicale belge, 8 avril.)

M. Burdach préconise le sublimé corrosif comme spécifique et comme remède infaillible, dans les cas de névralgie faciale. Il l'a employé depuis plus de trente ans et toujours avec succès. La formule usitée est la même que celle qui se trouve indiquée dans le Journal d'Hufeland (années 1826 et 1830) pour le traitement du rhumatisme goutteux.

Liquor hydrargir. bichlorid. corrosis (Pharmac. Borus.)
Vini semin. colchici. — M.

De 3 à 6 gouttes de deux en deux heures.

Gargarisme au chloroforme contre les rages de dents, par M. Bergounhioux. (Art dentaire, p. 71.)

Il s'agit des névralgies sans carie apparente. Dans un de ces cas où la névralgie avait pour siége les deux arcades dentaires, M. Bergounhioux prit un demi-verre d'eau tiède et y versa quelques gouttes de chloroforme ; il agita le mélange, il laissa tomber au fond du verre l'excès de chloroforme, puis il engagea le

malade à se gargariser ; à peine appliqué, le remède fit merveille : la douleur céda comme par enchantement. Cependant, au bout de quelques minutes d'assoupissement, les plaintes se renouvellent. On revient au gargarisme, le calme qui suit dure plus d'un quart d'heure. A la troisième tentative, la malade s'endort pour ne se réveiller que le lendemain matin. M. Bergounhioux affirme que, depuis lors, ce moyen lui a toujours réussi.

Du traitement des névralgies par les courants électriques à forte tension, par M. Becquerel. (Union médicale, t. V, p. 3.)

Ce mémoire, lu à l'Académie de médecine, a été longuement analysé dans l'*Annuaire*, t. III, p. 239.

Injections sous-cutanées de sulfate d'atropine, par M. Richard. (Gazette hebdomadaire, p. 444.)

M. Richard donne le résultat de son expérience : il a obtenu contre le symptôme douleur des effets merveilleux de ce moyen, qu'il a très-fréquemment employé. Il ne faut pas injecter plus de 10 à 12 gouttes d'une solution au 100e. M. Bergeron rappelle que l'opium constitue un antidote sûr de l'empoisonnement par la belladone.

Injections sous-cutanées du sulfate d'atropine, par M. Trousseau. (Gazette des hôpitaux, p. 69.)

M. Trousseau a fait ces injections pour deux cas de rhumatisme articulaire aigu et pour d'autres accidents douloureux, suite d'affections thoraciques. Le phénomène douleur a été amendé dans tous ces cas.

Injections médicamenteuses sous-cutanées, par MM. Courty et Hunter. (Archives générales de médecine, février, p. 230.)

Nous avons publié dans l'*Annuaire*, t. III, p. 243, les résultats favorables obtenus par M. Courty.

Injections médicamenteuses sous-cutanées. (Gazette des hôpitaux, p. 317.)

Analyse des publications de MM. Béhier, Hérard, Courty, Richard, etc.

De la névralgie utérine, par M. Becquerel. (Revue de thérap. méd.-chirurg., 15 janvier.)

Le spéculum étant introduit, ce médecin verse dans le col de

l'utérus 50 à 100 gouttes de laudanum de Sydenham, et jette ensuite une certaine quantité de poudre d'amidon ; il se forme une pâte qu'on maintient avec un tampon d'ouate. Il est survenu plus d'une fois des signes d'intoxication, qui n'ont jamais eu de gravité. — M. Becquerel se sert de petits cônes composés d'eau, d'huile de ricin, de gomme adragante, substances auxquelles on ajoute un narcotique (opium, morphine, belladone, atropine) ; il les introduit dans la cavité du col et même du corps de l'utérus. Le petit cône ne tarde pas à se fondre, et le médicament se trouve en contact avec la surface malade.

Note sur la néphralgie, par M. Texier.
(Moniteur des sciences médicales, p. 121, 131.)

L'auteur rapporte une observation de névralgie du rein, et pour établir que c'était bien à une néphralgie qu'il avait eu affaire, il donne les signes qui peuvent permettre de distinguer cette affection de la néphrite, de la colique néphrétique, de la névralgie lombo-abdominale, de la névralgie ilio-scrotale, de la colique nerveuse de l'intestin et de la colique hépatique.

Névralgie de la vessie, par M. Bourguignon.
(Union médicale, t. V, p. 517.)

Le plus souvent, l'hypéresthésie est localisée sur le col de la vessie. Les causes générales sont celles de toutes les névralgies, les vices héréditaires, l'impression du froid, l'existence d'autres névralgies. Chez la femme, il faut noter en outre la chlorose, la dyspepsie et l'hystérie ; souvent une névralgie utérine se porte sur le col de la vessie. Chez l'homme, un retentissement analogue peut avoir lieu dans les cas de névrose des testicules ou de l'urètre. — Les symptômes sont le ténesme, les fréquents besoins d'uriner et, après la miction, un sentiment de malaise dans la région périnéale ; à ces phénomènes s'ajoutent le plus souvent ceux de l'hypocondrie. — La marche de la maladie est subordonnée à la cause. — On pourra conclure que la névralgie est essentielle, si quelques vices héréditaires, si la constitution et les antécédents du malade, si les diathèses goutteuse, rhumatismale, herpétique ou syphilitique paraissent seules l'avoir prédisposé à l'hyperesthésie vésicale. La conclusion sera la même si les douleurs se font sentir de préférence à certaines heures, et sans que rien n'explique cette intermittence, ou si elles semblent provoquées par des refroidissements ou par des excès habituels ou passagers, si enfin les urines rendues après les crises nerveuses sont claires et abondantes. — Le traitement sera variable comme la cause : contre la douleur elle-même, on emploiera,

sous toutes les formes, et en particulier sous forme de suppositoire, les préparations de belladone, d'opium, etc. S'il y a intermittence régulière, le quinquina et l'arsenic feront disparaître les accès. L'hydrothérapie enfin sera ici d'une incontestable efficacité comme dans le traitement des névralgies en général.

Traitement des névralgies par les applications locales d'éther, par M. Betbeder. (Union médicale de la Gironde ; Gazette hebdomadaire, p. 205.)

Ce procédé consiste à verser des doses un peu fortes d'éther sur le point le plus douloureux, — 15, 30 et 60 grammes, et à l'y retenir au moyen d'un petit carré de linge placé d'avance, tenu exactement collé à la peau, sans qu'aucun pli puisse s'en écarter. On verse l'éther sur le linge par petites quantités ; on suspend pendant une minute pour le laisser évaporer.

Traitement des sciatiques rebelles, par M. Jobert.
(Revue de thérapeutique, et Gazette des hôpitaux, p. 343.)

Ce traitement consiste en cautérisations avec le fer rouge.

Sciatique du côté droit ancienne, par M. Bonnefin.
(Gazette des hôpitaux, p. 482.)

Le membre correspondant était atrophié ; traitement et guérison par l'électricité.

Cautérisation sulfurique appliquée aux névralgies, par M. Legroux.
(Union médicale, t. VI, p. 90, et t. VII, p. 246.)

M. Legroux, qui a déjà publié en 1852, dans le *Bulletin de thérapeutique*, le résultat des expériences qu'il avait faites sur ce traitement, fait connaître deux observations très-concluantes, qui lui ont été envoyées par M. Dubourg. M. Legroux a obtenu de nombreuses guérisons par le procédé suivant : « Je me suis servi jusqu'ici, dit-il, d'acide sulfurique concentré, dont il m'a toujours été facile de limiter l'action par une abstersion plus ou moins immédiate. On conçoit néanmoins que, sur des peaux fines et délicates, comme l'est celle des femmes et des enfants, il puisse y avoir opportunité à n'employer que de l'acide étendu. — Le pinceau dont je me sers est en charpie, bien ébarbé, plus ou moins olivaire, et plus ou moins volumineux, suivant la largeur que je veux donner au sillon : de quelques millimètres à un centimètre au plus. Ce pinceau est légèrement imbibé d'acide, roulé sur les parois internes du vase, qui contient le liquide, de manière à ce qu'il n'en retienne point assez pour le faire fuser

sur les côtés du sillon qu'il va tracer. — Ce pinceau est promené de haut en bas sur le trajet de la douleur, et ramené de bas en haut dans la même direction, en dépassant, dans ce sens, le point de départ, afin de bien étaler la couche légère d'acide qu'il a déposée sur la peau. Si le pinceau, trop chargé, laisse fuser des gouttes d'acide, celles-ci doivent être immédiatement abstergées ; elles produiraient inutilement des escarres profondes.— L'épiderme ainsi cautérisé devient d'un blanc jaunâtre, il se borde bientôt d'un petit liséré rouge, se tuméfie légèrement, sans être soulevé par de la sérosité, puis devient noirâtre et se détache par écailles, sans laisser de plaies ou de cicatrices. »

Une autre communication de M. Legroux, semblable quant au fond, mais faisant connaître trois autres observations, se trouve dans la *Gazette des hôpitaux*, p. 189.

Du traitement des névralgies par la cautérisation sulfurique, par M. Loiseau. (Thèses de Paris, n° 227.)

Cette thèse est une bonne reproduction des idées et de la pratique de M. Legroux ; les détails de l'article précédent en rendent l'analyse inutile.

Des névralgies ; d'un nouveau mode de traitement, par M. Meunier. (Gazette des hôpitaux, p. 178.)

Ce nouveau traitement consiste en pilules antinévralgiques fort prônées à la quatrième page des journaux.

De l'emploi de l'essence de térébenthine dans les névralgies erratiques désignées sous le nom de rhumatisme nerveux, par M. Trousseau. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques.)

Dans le rhumatisme névralgique disséminé et mobile, ce remède est le plus puissant et le plus innocent que M. Trousseau connaisse, soit que la névralgie soit externe, soit qu'elle frappe un organe interne. Le malade prend de 6 à 10 grammes d'essence par jour, c'est la dose d'un adulte, et il continue ce traitement pendant cinq, six, huit jours, jusqu'à ce que la douleur ait cédé. Ce résultat obtenu, il diminue la dose sans suspendre brusquement la médication. Pour éviter les inconvénients de l'ingestion de l'essence de térébenthine, M. Trousseau l'administre en capsules Lehuby.

De quelques applications de la méthode endorganique, par M. Chaumery. (Thèses de Montpellier, n° 33.)

Recherches sur l'emploi de la digitale dans le traitement de l'épilepsie, par M. Duclos. (Bulletin de thérapeutique, et Gazette hebdomadaire, p. 781.)

L'auteur cite deux observations, dans lesquelles on voit que les accès ont été considérablement éloignés par la digitale, administrée d'après les règles suivantes : pilules avec 5 centigrammes d'extrait hydro-alcoolique de digitale ; le premier jour, une pilule ; ajouter tous les jours une pilule à la dose précédente, jusqu'au dix ou douzième jour ; alors, cesser la médication pendant dix ou douze jours ; puis la reprendre et la cesser, en continuant pendant longtemps ces alternances. Si les crises s'éloignent, on augmente la période de repos (trente, quarante jours et même davantage), mais on doit faire suivre chaque repos d'une nouvelle série de dix à douze jours de digitale.

Note sur l'emploi du curare dans le traitement des névroses convulsives, et en particulier dans celui de l'épilepsie, par M. Thiercelin. (Académie des sciences, 12 novembre.)

Les travaux de M. Cl. Bernard et les expériences qui ont conduit cet habile physiologiste à regarder le curare comme l'antagoniste du phénomène morbide convulsions, ont amené M. Thiercelin à tenter l'emploi de ce poison dans les névroses convulsives, et surtout dans l'épilepsie. Il vient communiquer à l'Académie le résultat de ses expériences faites sur deux malades. — Le premier est un garçon de vingt-trois ans, affecté d'une épilepsie congénitale héréditaire. Ses accès variaient entre quinze et vingt par mois. Sous l'influence du curare, on a vu, dans les mois de décembre et de janvier derniers, les accès diminuer, et l'on n'en comptait plus que cinq par mois. La dose du curare était de 3 à 5 centigrammes sur un vésicatoire en pleine suppuration. — Le second fait est celui d'une jeune fille de dix-sept ans, épileptique depuis huit ans, dont les accès revenaient presque tous les jours. Deux mois de traitement par le curare, employé de la même façon que chez le jeune homme, ont sensiblement amélioré son état. La gravité des convulsions s'est amendée d'une manière très-notable, l'appétit a augmenté et a ramené les forces et l'embonpoint. La cessation du médicament ramena la fréquence des accès, qui cessèrent de nouveau par suite de l'application de 4 centigrammes de curare sur un vésicatoire. Dans ces deux cas, M. Thiercelin n'avait pas interrompu le traitement prescrit précédemment, qui se composait surtout de valériane, d'aliments froids, etc.

Du cotylédon umbilicus contre l'épilepsie, par M. Rodrigues. (Gazeta medica de Lisboa, n° 12, 1860 ; Union médicale, t. VII, p. 300.)

Dose, une cuillerée à café ou 30 centigrammes d'extrait deux

fois par jour. — Plusieurs observations qui semblent prouver que c'est un médicament utile dans certains cas de maladies convulsives, épilepsie et même hystérie.

D'une forme de délire, suite d'une surexcitation nerveuse se rattachant à une variété non encore décrite d'épilepsie, par M. Morel. (Gazette hebdomadaire, p. 773.)

Dans ce mémoire, l'auteur veut établir, par douze observations, qu'il existe une *épilepsie larvée*. — Dans ce cas, on arrive au diagnostic de l'épilesie par la constatation des principaux symptômes qui caractérisent la folie épileptique proprement dite, et qui sont : — L'excitation périodique suivie de prostration et de stupeur ; l'irascibilité excessive et sans motifs ; la manifestation d'actes agressifs ayant le caractère de l'instantanéité et de l'impulsion irrésistible ; l'exaltation de la sensibilité ; les tendances à l'homicide et au suicide ; intercurremment les conceptions délirantes en rapport avec l'excitation cérébrale ; idée exagérée chez les malades de leurs forces, de leurs richesses, de leur beauté, de leur intelligence ; mélange de tendances érotiques et de sentiments religieux exagérés ; hallucinations terrifiantes ; sensation d'une atmosphère lumineuse, rêves épouvantables ; cauchemar ; affaiblissement graduel de l'intelligence, et surtout de la mémoire ; perte des souvenirs à propos des faits accomplis dans le paroxysme des accès ; manifestations délirantes identiques chez les individus, soit au point de vue de leurs idées, soit au point de vue de leurs actes, à chaque retour périodique des phénomènes morbides ; enfin, la violence et la durée du délire se modelant sur la durée de la période de rémittence. — Ce n'est pas seulement dans les asiles d'aliénés, mais dans la pratique civile, que se rencontrent des maladies névropathiques présentant cet ensemble de symptômes. — Les asiles consacrés au traitement de l'aliénation renferment deux catégories d'*aliénés épileptiques*. — Les uns ont des accès, des chutes, des vertiges ; les autres ne se révèlent à l'observation que par les caractères précités du tempérament des épileptiques, et ce ne sont pas les moins dangereux. — Il peut arriver qu'après un certain nombre de mois, quelquefois après des années, l'accès épileptique proprement dit se produise ; on constate alors *des convulsions*, *des chutes*, *des vertiges*, et les malades sont généralement *moins violents dans leurs actes*.

Accidents convulsifs épileptiformes ; hémiplégie, par M. de Saint-Laurent. (Gazette des hôpitaux, p. 489.)

Ces accidents étaient causés par la présence d'un insecte (siule mille-pattes) dans le conduit auditif externe.

Etude sur l'épilepsie, par M. Legrand du Saulle.
(Gazette des hôpitaux, p. 589.)

L'auteur examine cette question : Le mariage est-il sans danger pour les épileptiques et pour leur descendance? et il arrive à cette conclusion : qu'un épileptique ne peut pas se marier, sans qu'il y ait danger pour lui et danger pour sa descendance.

Du nervosisme, par M. Desmartis. (Bordeaux, in-8, 16 pages.)

Etudes sur le somnambulisme, envisagé au point de vue pathologique, par M. Mesnet. (Archives générales de médecine, février, p. 147.)

Une observation très-intéressante de somnambulisme non provoqué ; M. Mesnet étudie divers phénomènes présentés par la maladie, phénomènes bizarres que l'on peut rapporter à l'hystérie.

Accès hystérique sous la dépendance d'un état gastrique, par M. Beau.
(Gazette des hôpitaux, p. 257.)

M. Beau rappelle une observation de Stoll, dans laquelle un vomitif fit cesser des convulsions, en détruisant l'embarras gastrique, qui en était le point de départ. Appliquant ce principe à une jeune fille qui était dans son service, M. Beau a obtenu par un vomitif la guérison d'un accès hystérique.

Dans le même journal, on trouve, aux pages 349 et 360, des leçons de M. Beau sur l'hystérie.

Cas très-curieux d'hystérie et de chlorose guéri par la métallothérapie, par M. Bosia. (Gazette des hôpitaux, p. 207.)

De la valeur de la médication arsenicale dans la chorée, par M. Gellé. (Thèses de Paris, n° 48.)

L'auteur, dans cet excellent travail, examine d'abord les indications thérapeutiques dans les névroses et dans la chorée ; il trace ensuite l'historique du traitement de la chorée par l'arsenic. — La formule qui paraît être la plus convenable est celle qu'employait M. Gillette :

Arséniate de soude.	5 centigrammes.
Eau distillée.	500 grammes.

Chaque cuillerée à café de la solution représente 0gr,001 du

principe actif. — M. Gellé dit que l'arsenic peut être ordonné dans les chorées rhumatiques : il n'exclut pas, du reste, les autres médications déjà employées. Quant aux états dyscrasiques des humeurs, aux constitutions délabrées, aux tempéraments lymphatiques, à la chlorose, à tous ces affaiblissements de l'organisme qui succèdent aux privations, aux pertes, et qu'on trouve si souvent compliquer la chorée, c'est ici que l'arsenic réussit le mieux, qu'il est le mieux indiqué. — Quant à la valeur relative de cette médication, l'arsenic a guéri 23 chorées sur 34. Dans les chorées récentes, le total des guérisons est de 14 sur 17 (5/6). — Dans les chorées anciennes, il y a la moitié de guérisons (9 sur 17). — L'influence se fait sentir au bout de trente-six heures, deux jours; mais en général dès le cinquième, et surtout au huitième jour, l'action est évidente, et un mieux sensible s'est opéré dans l'état des malades. — Après cette époque, l'action du médicament continue, et elle se prolonge pendant les dix ou douze jours qui suivent la cessation des prises. L'appétit devient remarquable, les digestions faciles, les enfants engraissent, prennent de la couleur ; ils perdent ce petit air opprimé, maladif, que leur donne la chorée ; ils reprennent leurs jeux, et la force musculaire reparaît là où l'on constatait naguère une faiblesse relative bien marquée. Jamais la guérison n'a mis plus de vingt jours à se produire, en comprenant dans ce chiffre les huit jours du traitement.

Le tableau suivant met en relief la valeur de chaque méthode classée d'après la durée du traitement. — L'*arsenic* guérit en huit à vingt jours ; — l'*émétique*, en vingt-quatre jours (thèse de Bonfils) ; — la *gymnastique*, en trente-quatre ou trente-neuf jours, (Moynier, Bouvier, Blache, Sée) ; — les *bains sulfureux*, en trente-quatre à cinquante jours ; — le *sirop de sulfate de strychnine*, d'après les travaux de MM. Trousseau et Moynier, en quarante à quarante-cinq jours ; — l'*eau froide* : quelques faits dus à M. Boulay tendent à placer cet agent avant la gymnastique et les bains sulfureux ; — les *toniques*, le fer, le vin et les préparations de quinquina, sont des adjuvants que tout le monde emploie. — Quant aux récidives, l'arsenic ne les empêche pas plus que les autres médicaments.

Traitement de la chorée par le tartre stibié et par l'arsenic, par M. Terrier. (Gazette des hôpitaux, p. 316.)

C'est une analyse des travaux lus à la Société médicale des hôpitaux, par MM. Gillette et Aran sur le traitement de la chorée par le tartre stibié et par l'arsenic.

De la valeur comparative de la médication stibiée et de la médication

arsenicale dans le traitement de la chorée, par M. Long. (Thèses de Paris, et Bulletin de thérapeutique, LIX, p. 317.)

Pour le tartre stibié, sur douze cas, six guérisons, cinq insuccès complets. La plus longue durée du traitement a été de cinquante-huit jours, la plus courte de neuf jours. Deux fois la potion émétisée n'a pu être tolérée et a dû être suspendue, à cause des accidents gastro-intestinaux qu'elle déterminait. — Sous l'influence de l'arsenic, la guérison a été obtenue dans tous les cas, et cela sans aucune influence fâcheuse sur le tube digestif, les malades voyant au contraire leur état général s'améliorer, prenant des forces et de l'embonpoint. La durée du traitement la plus longue a été de quarante-huit jours, la plus courte de dix jours.

De la valeur du zinc, du fer et de l'arsenic dans le traitement de la chorée, par M. Stone. (Schmidt's Jahrbücher, et Annales de Roulers, n° 22, 1860.)

Il semble résulter de quelques expériences faites par l'auteur, que, parmi ces trois médicaments, le zinc est celui qui jouit de l'efficacité la moins sûre; que les préparations de fer l'emportent sur le zinc; que l'arsenic, enfin, agit plus efficacement et plus rapidement que le zinc et le fer. L'auteur fait la remarque que les cas traités par l'arsenic étaient les plus graves.

Note sur le traitement de la chorée, par M. Caradec. (Union médicale, t. VIII, p. 605.)

L'auteur cite trois observations dans lesquelles la guérison a été obtenue assez rapidement, malgré l'intensité des symptômes. M. Caradec attribue ces succès à l'emploi des pilules de Debreyne, contenant du camphre, de l'assa fœtida, de l'extrait de belladone et de l'extrait d'opium.

Prompte guérison d'un cas de chorée par la médication stibiée, par M. Warin. (Gazette des hôpitaux, p. 155.)

Observation de chorée, par M. Bougard. (Gazette médicale, p. 55.)

Une chorée ayant résisté aux différentes médications a cédé, en peu de temps, aux applications de courants électriques.

Chorée rebelle. (Gazette des hôpitaux, p. 226.)

Cette chorée, qui avait résisté au traitement par l'émétique

à haute dose et par les bains sulfureux, a été guérie par l'application de vésicatoires volants à la nuque.

Traitement de la chorée par l'application d'attelles.
(Journal f. Kunderk.; Union médicale, t. VII, p. 175.)

L'auteur rapporte plusieurs cas où la guérison a été obtenue par l'immobilisation des membres, alors que d'autres traitements avaient échoué.

Convulsions saltatoires réflexes, par M. Bamberger.
(Union médicale, t. VIII, p. 375.)

Cette singulière affection, qui rentre dans la classe des convulsions hystériques, a été observée deux fois par l'auteur. Elle consiste en des contractions rapides et successives de muscles ou de faisceaux de muscles, contractions qui n'existent que pendant que les malades sont debout; ainsi, dans le moment où les pieds du malade touchent le sol, tous les muscles des jambes et des cuisses sont pris d'un état de roideur tétanique, accompagnée de secousses d'une extrême violence qui lancent tout le corps en l'air. Dans un des deux cas, la maladie s'est terminée par la guérison. — M. Bamberger considère cette maladie comme une exagération de l'irritabilité réflexe de la moelle épinière, sans lésion anatomique appréciable.

Cas de tétanos traumatique, par M. Dupuy.
(Gazette médicale de Lyon, p. 206.)

Ce tétanos était arrivé en dix jours à sa période d'état; il a été traité avec succès par les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine.

Du trismus nascentium *ou tétanos des nouveau-nés*, par M. Goodell.
(Gazette médicale d'Orient, et Gazette médicale, p. 656.)

Le trismus *nascentium* est surtout une maladie de la zone torride. Aux Antilles, c'est le grand fléau de l'enfance. On ne l'observe que rarement sur le continent européen. — Le signe pathognomonique du trismus c'est la clôture persistante des mâchoires chez les nouveau-nés. Cette clôture peut être confondue avec la rigidité et la contraction idiopathique dite contracture par les auteurs français. Mais dans ce dernier cas les symptômes tétaniques sont restreints aux muscles fléchisseurs des extrémités et la contracture est le plus souvent associée avec le spasme de la glotte; cette association est si fréquente que les

auteurs anglais décrivent la contracture sous le nom de spasme des pieds et des mains dans le laryngismus stridulus. — Colles (de Dublin) a noté comme lésion anatomique existant dans cette affection l'inflammation des membranes externes et internes des vaisseaux ombilicaux du fœtus, remontant d'une part jusqu'à la fissure du foie, de l'autre descendant jusque sur les côtés de la vessie. Mais les résultats qu'il a obtenus sont loin d'avoir été confirmés par les observateurs. — La plupart des médecins ont considéré le trismus *nascentium* comme une espèce de tétanos traumatique causé soit par la ligature même du cordon, ou consécutivement par l'irritation due à l'ulcère laissé à l'ombilic par sa chute. D'autres l'ont regardé comme un tétanos idiopathique déterminé par l'exposition au froid, le défaut d'aération, l'intoxication par le lait de la mère vicié par l'abus des liqueurs alcooliques, etc. Selon Sims, le trismus a son origine dans la compression de la moelle allongée et des nerfs qui y prennent origine par un déplacement des os du crâne et surtout de l'occiput. M. Sims ayant trouvé ce déplacement exagéré chez tous les malades attaqués par le trismus, a adopté l'idée de replacer l'occiput dans sa position normale en maintenant l'enfant sur le côté. Par ce simple moyen il réussit à sauver douze enfants atteints de trismus. — La gravité du pronostic de cette affection fait rechercher les moyens de traitement. Malheureusement M. Goodell ne peut rien proposer d'efficace contre la maladie déclarée ; mais les moyens prophylactiques ont une puissance démontrée par la diminution de la maladie après leur adoption dans les pays qu'elle décimait autrefois. Ainsi les soins de propreté, l'air pur, une nourriture saine pour la mère ou la nourrice, puis une attention toute particulière à l'état de l'ombilic, qu'on maintiendra sec et libre de toute irritation, voilà ce que conseille en premier lieu l'auteur. Il recommande aussi la méthode de compression latérale du docteur Sims, qui consiste dans le changement du décubitus dorsal en décubitus latéral, méthode bien simple et dont l'efficacité a été attestée par des autorités imposantes.

Du tétanos et principalement de son traitement, par M. Durand. (Thèses de Paris, n° 188.)

Du tétanos spontané, de son traitement par l'opium à haute dose et par le chloroforme, par M. Boucher. (Thèses de Paris, n° 218.)

Tétanos à vulnere. (Gazette médicale de Lyon, p. 184.)

Cette observation est extraite des manuscrits de Rast (28 octobre 1768) ; c'est un cas de guérison par les bains prolongés et par les opiacés.

Essai sur les convulsions non idiopathiques, par M. Chaminade. (Thèses de Montpellier, n° 34.)

Des difficultés diagnostiques de la contracture, par M. Trousseau. (Gazette des hôpitaux, p. 173.)

Elle revêt trois formes, suivant la gravité. — Dans la forme bénigne, la malade (ce sont presque toujours des femmes) éprouve des fourmillements dans les extrémités ; les doigts se placent de telle sorte que la main ressemble à celle d'une personne qui tient une plume. — Cela est si peu douloureux, si peu grave, que les malades y font à peine attention, d'autant moins que, dans cette forme bénigne, il n'existe pas d'accidents généraux. — Dans la forme moyenne, outre les désordres locaux, on observe un mouvement fébrile léger, dont la durée est à peu près de sept ou huit jours, et qui, en général, ne persiste qu'autant que les spasmes eux-mêmes se renouvellent. Quant aux contractures, elles causent plus de souffrance et se montrent plus souvent ; elles envahissent les muscles de la face, les muscles moteurs du globe oculaire et les muscles du pharynx. — Dans la forme grave, au moment où l'accident commence, le malade sent des fourmillements dans les bras ; il peut encore remuer la main, mais bientôt elle se creuse comme se creuse la main du mendiant, elle se fléchit, le bras se roidit, et il apparaît une vive douleur que l'on a comparée à une crampe. L'accès n'arrive à son summum d'intensité qu'au bout de dix minutes ou d'un quart d'heure, et alors que les contractures gagnent les membres supérieurs et inférieurs, la face, la mâchoire et la langue. — Il sera donc possible de reconnaître la maladie toutes les fois qu'en allant comprimer l'origine des nerfs qui se rendent à un membre, on déterminera à son gré la contracture. — La contracture naît d'une manière soudaine ; elle acquiert rapidement une assez grande vivacité, arrive de suite à son summum, puis se met à décroître. La durée de la maladie, dans sa période explicite, varie depuis huit à dix jours jusqu'à deux ou trois mois ; mais dans ce dernier cas, elle est à l'état latent, c'est-à dire qu'elle peut reparaître à volonté, sous l'influence de la pression. — Parmi les causes, on doit dire qu'une diarrhée rebelle paraît prédisposer à la contracture. — La lactation est aussi une condition d'une grande importance. — La maladie, abandonnée à elle même, paraît dépourvue de toute gravité. — Cette maladie, personne n'en saurait douter, est une névrose qui doit être rangée à côté de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'éclampsie et de la catalepsie. — Cette névrose est rhumatismale ; son extrême fugacité, la rapidité de l'attaque, la superficialité des accidents doivent la faire considérer comme telle. Les saignées du bras, les ventouses le long de la colonne verté-

brale paraissent avoir une efficacité réelle. Pendant l'accès, les inhalations de chloroforme sont parfois de quelque utilité.

L'observation qui a servi à M. Trousseau pour cette leçon est publiée sous le titre :

Diarrhée chronique. — Tétanie. — Pneumonie intercurrente, par M. Trousseau. (Gazette des hôpitaux, p. 205.)

Contracture spasmodique des extrémités, par M. Aran. (Bulletin général de thérapeutique, 30 mars.)

M. Aran avoue qu'à part l'extension prolongée des membres contracturés et les applications révulsives faites sur ces mêmes muscles, il n'a trouvé rien de bien satisfaisant contre cette affection. Il a été amené à essayer l'emploi du chloroforme en réfléchissant aux bons résultats que lui avaient fournis, dans un cas de contracture très-grave et véritablement tétanique, les inhalations de cet agent, et dans deux ou trois autres cas, les applications topiques du chloroforme sur les membres contracturés. — En employant le chloroforme à l'extérieur et à l'intérieur (2gr,50 dans une potion) dans une contracture spasmodique des extrémités des plus intenses, portant à la fois sur les membres supérieurs et sur les inférieurs, M. Aran vit cette affection céder en quelques heures. Reste à savoir seulement quel est, des deux modes d'administration du chloroforme, des applications extérieures ou de l'ingestion par la bouche, celui auquel il faut rapporter la plus grande part dans le succès, ou si tous les deux ont contribué au soulagement et à la guérison. « Quelques essais, dit M. Aran, tentés, mais, il faut l'avouer, sans grande suite et avec beaucoup de réserve, m'avaient bien fait voir les bons résultats que l'on pouvait attendre des applications topiques du chloroforme sur les muscles contracturés ; mais l'amélioration avait été momentanée, et je me demande, par conséquent, si, tout en accordant aux applications externes une très-grande part dans le soulagement obtenu, il ne faut pas faire honneur de la guérison définitive à l'ingestion du chloroforme à une dose un peu élevée. J'ai fait cesser si souvent des phénomènes spasmodiques par le choroforme administré à l'intérieur, qu'il m'est impossible de ne rien accorder dans le succès à une médication qui a triomphé entre mes mains des phénomènes spasmodiques de la colique de plomb, de la colique hépatique, néphrétique, etc. » — Pour les applications topiques, M. Aran se sert d'un linge fin et simple imprégné de chloroforme ; il n'est même pas nécessaire que le linge soit imbibé partout, mais seulement dans la partie qui se trouve en contact avec les muscles contracturés. Le contact du chloroforme avec les parties malades doit être assuré par

plusieurs tours de bande. Quant à la quantité de chloroforme à donner à l'intérieur, on peut, sans inconvénient et sans danger, en donner de quarante à cinquante gouttes dans une potion gommeuse de 125 à 150 grammes, par cuillerée, d'heure en heure. Tout au plus déterminerait-on un peu d'ivresse.

De la contracture essentielle, par M. Fosse.
(Thèses de Paris, nº 146.)

Diagnostic des contractures simulées, par M. Larrey.
(Société de chirurgie, 5 février.)

Le moyen proposé consiste à appliquer l'un contre l'autre, exactement dans la même position, les deux membres ou supérieurs ou inférieurs, et à leur communiquer des mouvements simultanés. Si le sujet de cette expérience simule une contracture dans l'un de ces membres, il lui sera impossible de résister d'un côté, pendant que de l'autre il obéit au mouvement, et sa supercherie ne peut manquer d'être découverte.

Epidémie de coqueluche, par M. Laronde.
(Union médicale, t. VI, p. 338.)

L'auteur a observé dans la même famille huit enfants successivement atteints de la coqueluche ; il pense que c'est par contagion que la maladie s'est propagée. La période catarrhale a existé le plus souvent et la réaction fébrile, quand elle n'a pas fait défaut, a disparu avant cette période. — Plus le catarrhe a été marqué et persistant, et plus la durée de la coqueluche a été moindre. — Les quintes ont été très-intenses, mais peu nombreuses ; plus nombreuses toutefois pendant le jour que pendant la nuit. — Parmi les causes occasionnelles les plus réelles des quintes, M. Laronde a noté la distension de l'estomac par les aliments. — Le kermès a paru très-efficace dans la période catarrhale.

Dans le cours de cet article, M. Laronde a dit que le café noir avait échoué ; M. Jules Guyot donne (p. 387) quelques explications sur la manière dont le café noir doit être administré dans la coqueluche. M. Laronde a fait une réponse dans le même volume, p. 457.

De la coqueluche, par M. Gourssies. (Thèses de Paris, nº 100.)

Café dans le traitement de l'asthme nerveux ou essentiel, par M. Trousseau. (France médicale, septembre.)

Deux observations. Il s'agit d'asthmatiques qui avaient épuisé

la série des moyens employés en pareil cas ; ils ont obtenu un soulagement notable de l'usage du café noir, assez longtemps continué. L'un des deux malades a pris par jour 125 grammes de café ; l'autre, 30 grammes seulement, — dans une suffisante quantité d'eau.

De l'asthme considéré comme affection nerveuse, par M. Stoultz. (Thèses de Paris, n° 36.)

De la nostalgie, par M. Blanche. (Thèses de Strasbourg.)

Des fièvres intermittentes ; anatomie pathologique, causes, traitement, par M. Ménier. (Thèses de Paris, n° 25.)

Des fièvres intermittentes, par M. Panou de Faymoreau. (Thèses de Paris, n° 77.)

Histoire topographique de Nossi-Bé, sur la côte de Madagascar. — Parmi les affections qu'on y observe, l'auteur a surtout étudié les fièvres intermittentes, et il signale les particularités qu'elles présentent dans ce pays.

Quelques propositions sur les fièvres intermittentes, par M. Henriot. (Thèses de Montpellier, n° 31.)

Fièvres intermittentes, par M. Castan. (Montpellier médical, t. V, p. 250.)

M. Castan publie une note et quelques réflexions sur les fièvres intermittentes, observées dans le service de M. le professeur Dupré, du 1er mars au 1er juillet 1860.

Epidémie de fièvre intermittente, par M. Biebuyck. (Paris, imprimerie Martinet ; in-8, 14 pages.)

L'auteur a observé une épidémie de fièvre intermittente qui a régné à Bailleul (Nord). Par quelques faits bien étudiés, il a surtout voulu prouver que la cachexie paludéenne pouvait se développer en l'absence de tout phénomène intermittent ; il s'agit, en effet, de malades qui ont présenté des signes manifestes de l'intoxication paludéenne, sans avoir eu auparavant d'accès intermittent.

Le même travail a été publié dans la Gazette des hôpitaux, p. 310.

Quelques observations sur la fièvre intermittente, par M. Gaucher. (Moniteur des sciences médicales, p. 588.)

Ces observations ont été suscitées à l'auteur par un mémoire de M. Biebuyck; elles portent sur ce point : parmi les hommes soumis à l'influence du poison miasmatique, il s'en trouve nécessairement chez lesquels il produit autre chose qu'un simple accès intermittent plus ou moins rebelle. L'agent épidémique morbifère pourrait bien développer la cachexie paludéenne sans produire des phénomènes intermittents à aucune époque de son action. L'effet du miasme paludéen sur l'homme n'est pas toujours une fièvre intermittente; il n'en est peut-être ainsi que lorsque son action a été légère, tandis que, porté à son plus haut degré d'action, il engendre une véritable fièvre continue de nature particulière, dont la guérison ne s'obtiendra encore qu'avec le sulfate de quinine. Ce médicament alors ne sera plus considéré comme un simple antipériodique, mais bien comme le contre-poison de ces miasmes.

De la valeur fébrifuge du cyano-ferrure de sodium et de salicine dans les fièvres intermittentes, par M. Berruti. (Gazeta medica sarda, avril.)

Il résulte des observations de M. Berruti que ce médicament, auquel on ne peut refuser une certaine action thérapeutique antipériodique, et qui a même cet avantage qu'il peut être administré à assez haute dose sans aucune action physiologique, ne jouit en réalité que de propriétés antipériodiques assez faibles et qui ne peuvent supporter la comparaison avec celles de la quinidine et de la quinine; car les insuccès et les rechutes sont nombreux; autrement dit, le nouveau médicament, à moins d'aversion complète pour le quinine, n'offre, au dire de M. Berruti, aucun avantage particulier; et surtout on ne peut compter sur lui dans les fièvres graves ou pernicieuses.

Fièvre intermittente, par M. Cocheteux. (Gazette des hôpitaux, p. 556.)

Des fièvres paludéennes, par M. Girbal. (Gazette des hôpitaux, p. 509.)

Ce travail a été fait avec un grand nombre d'observations. M. Girbal s'attache à démontrer quelles sont les opinions qui règnent à Montpellier sur les fièvres intermittentes et rémittentes.

Fièvre quotidienne hémoptoïque, par M. Dégranges. (Union médicale de la Gironde, avril.)

Le crachement de sang a paru seul constituer le fait intermit-

tent; il y avait en ce moment, à Bordeaux, beaucoup d'affections intermittentes empruntant de plus quelques caractères de la grippe. Le sulfate de quinine a rapidement fait disparaître les accidents.

Fièvre intermittente pernicieuse, par M. Ludger-Lallemand. (Gazette des hôpitaux, p. 352.)

Fièvre intermittente pernicieuse, par M. Pécholier. (Montpellier médical, t. V, p. 333.)

Première manifestation sous forme de pleurésie avec épanchement considérable. — Deuxième manifestation par un mouvement fluxionnaire vers le cerveau. — Résorption brusque de l'épanchement pleurétique. — Traitement par la résine de quina et le sulfate de quinine. — Complication de la diphthérite. — Guérison.

Des formes de fièvres pernicieuses observées en Afrique et de leur traitement, par M. Lavoye. (Thèses de Montpellier, n° 1.)

Deux observations de fièvre pernicieuse pneumonique, par M. Saillard. (Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 313.)

Dans ces deux cas, le sulfate de quinine a été administré et la guérison a été obtenue. Ces observations sont encore importantes en ce qu'elles semblent mettre hors de doute l'existence de la fièvre pernicieuse pneumonique et la possibilité de la disparition presque complète de la localisation inflammatoire pendant l'apyrexie.

Du traitement de la fièvre intermittente par l'acide arsénieux, par M. Hosseine. (Thèses de Paris, n° 89.)

L'auteur de ce travail rapporte quelques observations qui lui paraissent prouver que l'acide arsénieux est un fébrifuge qui réussit même dans certains cas où le sulfate de quinine échoue.

Paralysie générale incomplète, suite de fièvre intermittente, par M. Colin. (Gazette hebdomadaire, p. 565.)

Cette observation est intéressante en ce que les troubles névropathiques paraissent avoir été la conséquence bien plutôt des manifestations aiguës de l'influence palustre que de la cachexie consécutive. On sait que, par contre, d'après les observateurs, la paralysie des fébricitants succéderait, non pas aux accès, aux troubles produits par la manifestation fébrile, mais à la cachexie

paludéenne, ce qui la renvoie au cadre des paralysies par suite de maladies chroniques. — Le malade est mort subitement longtemps après le début de la paralysie, qui était restée stationnaire. On n'a trouvé, à l'autopsie, aucune lésion des centres nerveux.

Quelques considérations sur le traitement des fièvres intermittentes, par M. Grezel. (Thèses de Montpellier, n° 39.)

De la thérapeutique des fièvres paludéennes, par M. Almès. (Gazette médicale, p. 343.)

L'auteur, qui considère la question surtout au point de vue de l'économie, résume ainsi sa pensée : — Il se fait dans la pratique médicale un gaspillage considérable de sulfate de quinine, soit par les doses exagérées de ce médicament, soit par son application inutile à des maladies qui le tolèrent, mais qui n'en sont influencées ni en bien ni en mal. — Toute dose qui dépasse 1 gramme à 1 gramme 1/2 dans les vingt-quatre heures est exagérée. — L'engorgement de la rate dans la fièvre paludéenne est une curiosité pathologique et non un fait capital auquel doivent être subordonnés le diagnostic et la thérapeutique. — Quel que soit le bon marché des médicaments qu'on propose pour venir en aide au sulfate de quinine, il ne peut approcher du bon marché de l'arsenic. — L'arsenic est le plus puissant remède de la fièvre intermittente, plus puissant, mais moins prompt que la quinine. — La quinine, en raison de sa promptitude d'action, donne plus de sécurité contre les fièvres pernicieuses, bien qu'on soit fondé à compter sur la neutralisation de l'élément pernicieux par l'arsenic dès le début de son administration.

Sur la valeur du sulfate de cinchonine dans le traitement des fièvres intermittentes, par M. Montard-Martin. — Rapport de M. Bouchardat. (Académie de médecine, 27 mars.)

Ce travail se distingue par une excellente méthode d'observation, par un esprit de critique sévère. Il ajoute des faits précieux à ceux que nous possédions sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la cinchonine.—L'auteur est arrivé aux conclusions suivantes, auxquelles le rapporteur donne son adhésion :

Le sulfate de cinchonine, administré contre la fièvre intermittente, a une action incontestable, mais variable. — Quelquefois son action est rapide, et il coupe les accès comme le sulfate de quinine ; d'autres fois elle est lente, quelle que soit la dose administrée, et les accès s'épuisent petit à petit. — La dose de sulfate de cinchonine doit toujours être plus forte, au moins d'un tiers, que celle du sulfate de quinine employé dans les mêmes conditions. — Pour obtenir une action curative du sulfate

de cinchonine, il faut employer une dose variant, suivant les individus, de 0gr,60 à 1 gramme. —A cette dose, il détermine souvent quelques effets physiologiques qu'il ne serait pas prudent de dépasser. — L'action thérapeutique du sulfate de cinchonine n'est pas en proportion de son action physiologique, car il guérit quelquefois sans que les malades aient senti son action ; dans d'autres cas où l'action physiologique est énergique, l'action thérapeutique manque. — Le sulfate de cinchonine ne peut pas remplacer le sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes un peu graves. — Le sulfate de cinchonine peut devenir un précieux adjuvant du sulfate de quinine, en complétant la cure commencée par une dose de sulfate de quinine. Ce procédé réunirait la sûreté du traitement et l'économie.

M. *Piorry* signale une lacune regrettable, qui se trouve aussi bien dans le rapport de M. Bouchardat que dans le travail de M. Moutard-Martin. Ni l'un l'autre n'a tenu compte du rapport qui existe entre l'état de la rate et la fièvre intermittente ; ils ont négligé le plessimétrisme, qui donne en quelque sorte la mesure de la fièvre. Avec cette mesure, on n'aurait pas eu besoin d'attendre avant de commencer le traitement. Or, si l'expectation est presque toujours une chose fâcheuse, elle est imprudente et coupable quand il s'agit d'une fièvre intermittente dans laquelle un accès pernicieux peut se développer inopinément et contre laquelle on peut diriger tout de suite un moyen sûr et héroïque. — L'exploration de la rate indique si bien à quel moment il faut en augmenter les doses ou cesser le traitement, elle renseigne d'une façon si positive, si immédiate, sur l'action des antipériodiques, que c'est se priver d'une ressource des plus précieuses que de ne point recourir à la percussion quand on expérimente un nouveau remède contre les fièvres intermittentes. — L'improvisation de M. Piorry était bien près d'allumer incidemment une discussion sur le rôle de l'expectation en médecine. M. Malgaigne a pris la parole pour dire quelques mots en sa faveur. M. Bouchardat a répété qu'elle était indispensable pour juger de l'efficacité des remèdes ; ce n'est que grâce à cette précaution qu'on a évité l'écueil auquel n'a pas échappé celui qui a vanté autrefois les propriétés fébrifuges du sel marin, qui sont bien oubliées aujourd'hui. Ce reproche a paru très-sensible à M. Piorry, qui a déclaré qu'il a renoncé au sel marin uniquement parce qu'il n'est pris qu'avec répugnance par les malades ; quant à son action sur la rate, elle est demeurée incontestable. — L'expectation a encore trouvé un défenseur éloquent en M. Bouillaud, qui a allégué en sa faveur non-seulement la nécessité d'une expérimentation rigoureuse, mais surtout l'innocuité des fièvres intermittentes à Paris, où les fièvres pernicieuses sont extrêmement rares. Certains états morbides peuvent en im-

poser pour des fièvres intermittentes, et l'existence même de ces dernières n'est pas toujours des plus aisées à constater. Nouvelle raison qui justifie l'expectation. Quant au critérium invoqué avec tant de persuasion par M. Piorry, c'est-à-dire quant au volume de la rate, il peut lui-même induire en erreur. M. Bouillaud cite, à cette occasion, l'exemple d'une malade qui, avec une rate énorme, n'a jamais présenté le plus léger accès de fièvre intermittente.

M. *Briquet* (17 avril), après un exorde assez long, s'est appliqué à établir : 1° que la cinchonine n'est pas un remède nouveau, mais un vieux médicament qui a fait ses preuves, qui compte de nombreux succès, et qui est, en un mot, un excellent fébrifuge ; 2° que la cinchonine produit sur l'économie des effets physiologiques identiquement les mêmes que la quinine, moins l'intensité ; 3° que, relativement aux effets thérapeutiques, la cinchonine guérit presque aussi bien que la quinine, et mérite sinon d'être mise au rang de celle ci, au moins d'occuper à côté d'elle une place très-honorable.

M. *Michel Lévy* (24 avril) a apporté à la solution de cette question le résultat de ses expériences, faites sur l'initiative du Conseil de santé, dans diverses stations militaires en Orient (année 1854). Voici les conclusions générales que M. Michel Lévy déduit de ses observations : — 1° L'expectation est sans inconvénient sérieux dans les fièvres intermittentes simples, sous la réserve de conditions hygiéniques appropriées ; elle est, dans une certaine mesure, le préliminaire indispensable à la sincérité des expérimentations des succédanés du quinquina. — 2° Une partie des succès attribués à la cinchonine n'a pas plus de valeur que ceux d'une foule d'autres substances employées à titre de fébrifuges ; ils témoignent d'un fait clinique important, bien connu des anciens, à savoir : de l'épuisement spontané des accès fébriles. Nous rattachons à ce mode de solution les prétendues guérisons de fièvres obtenues d'emblée par la cinchonine avant la manifestation d'un seul accès à l'hôpital, et celles de la plupart des fièvres printanières. — 3° Quoique les fièvres de l'été et de l'automne résistent plus que celles du printemps, elles offrent encore une certaine proportion de cas qui se terminent spontanément ; c'est ce que prouvent les observations de M. Laveran, ainsi qu'une partie de celles que nous avons fait faire au Pirée en septembre 1854, et qui nous montrent des fièvres intermittentes guéries par une première dose de 4 à 6 décigrammes de sulfate de cinchonine. — 4° Si, dans des contrées aussi palustres que la Corse, l'Algérie, le Pirée et Varna, à l'époque où le dégagement miasmatique est au maximum, on constate une proportion assez forte de fièvres qui se terminent spontanément, cette proportion doit être bien autrement considérable dans nos

climats très-tempérés, dans les localités dont le caractère paludique est moins prononcé ou même très-faible, telles que Paris et beaucoup de nos villes de l'intérieur. — 5° La dépense de sulfate de quinine dans les hôpitaux civils, comme dans l'armée, se trouvera sensiblement réduite par l'application des données qui précèdent ; le sulfate de cinchonine suffira au traitement de la plupart des fièvres qui surviennent au printemps et jusqu'au commencement du mois de juin ; même au delà de ce terme, il réussira dans un certain nombre de fièvres d'été et d'automne. Pendant l'hiver, où l'on n'a à combattre que des fièvres récidivées, sans tendance au type pernicieux, le même médicament trouvera encore sa place, précédé ou non d'une dose de sulfate de quinine, suivant le conseil de M. Moutard-Martin, ou associé à une faible quantité de sulfate de quinine, d'après les expériences prescrites par le Conseil de santé des armées. — 6° Aucun médecin militaire n'a tenté l'emploi de la cinchonine contre les fièvres pernicieuses. Cette réserve, conforme aux instructions du Conseil de santé, sera certainement imitée par nos confrères civils ; elle est commandée par les résultats de l'expérimentation. — 7° Il est une autre source d'économie du précieux sel de quinine, c'est une dosation rationnelle. L'exagération des doses de ce médicament s'est étendue de l'Afrique à la France ; j'ai vu prescrire à Paris 1 gramme de sulfate de quinine contre des états fébriles qui comportaient à peine l'emploi de ce remède. Une observation impartiale démontre que, même dans les pays de marais, il est rarement nécessaire d'en élever les doses au delà de 8 décigrammes à 1 gramme ; nous avons vu réussir ces doses à Navarin, en Morée, contre les dangereuses fièvres engendrées par les émanations du marais de la Djalowa, et qui ne le cédaient point en gravité à celles de l'Algérie. — 8° Enfin il se fait une dépense de sulfate de quinine en pure perte contre la plupart des engorgements spléniques. D'après M. le professeur Laveran, la quinine reste sans action sur la marche de ces lésions. Nos observations nous portent à faire une distinction pratique entre les engorgements invétérés de la rate et ceux qui sont de date très-récente ; ces derniers nous ont paru subir, comme l'ensemble des phénomènes qui constituent la fièvre paludique, les effets favorables de la médication; les tumeurs plus anciennes de la rate ne sont guère modifiées par le sulfate de quinine, qu'on ne manque pas cependant de prodiguer contre elles avec une persévérance coûteuse. — Dans son rapport imprimé en 1859, le Conseil de santé n'a pas manqué de faire ressortir le singulier contraste entre l'énergie toxique du sulfate de cinchonine et son insuffisance thérapeutique ; c'est là un sujet qui mérite des recherches nouvelles. Dans l'administration du quinquina, les effets toxiques et thérapeutiques de la cinchonine se combinent

avec ceux de la quinine ; la résultante de ces actions fait la valeur propre du quinquina. Or, si le sulfate de quinine est la ressource du médecin contre les fièvres qui résistent à l'usage du sulfate de cinchonine, il l'est aussi des fièvres rebelles au sulfate de quinine, et qui cèdent au quinquina ; dans les fièvres fréquemment récidivées, et dans celles qui ont entraîné un état cachectique, c'est au quinquina que nous donnons la préférence.

Pour combattre cette manière de voir, M. Bousquet cite l'observation d'un homme auquel on avait enlevé la plus grande partie de la rate, et qui n'en eut pas moins la fièvre intermittente ; et puis le fait d'une jeune personne qui porte depuis son enfance une rate on ne peut plus sensible à la palpation, et qui n'a jamais eu de fièvre d'accès. Il demande à M. Piorry comment il se fait que certains malades, qui ne sont pas febricitants, ont des rates énormes ; que les animaux, qui ont une rate, échappent à la fièvre ; que le gonflement de la rate manque dans les fièvres larvées et dans bien d'autres affections à type intermittent. Enfin, en admettant même que la coïncidence, dont la découverte appartient à Audouard, et non à M. Piorry, fût constante, il resterait encore à démontrer que ce n'est pas la fièvre qui produit le gonflement de la rate.

Note sur la valeur fébrifuge du sulfate de cinchonine, par M. Nonat. (Académie de médecine, 8 mai.)

Le sulfate de cinchonine possède des propriétés fébrifuges incontestables, attendu que, de même que la quinine, il agit à la fois sur l'élément fébrile et sur l'engorgement splénique. — Il est moins puissant que le sulfate de quinine, et dès lors, il doit être administré à une dose plus élevée. — Il convient surtout dans les fièvres récentes, de moyenne intensité, avec un engorgement considérable de rate. — Si la fièvre se montre rebelle, si l'engorgement de la rate persiste ou diminue trop lentement, malgré le sulfate de cinchonine, il faut ou l'associer au sulfate de quinine ou même le remplacer par ce dernier sel. — Il résulte de ce qui vient d'être dit, sans qu'il soit nécessaire de l'expérimenter, que le sulfate de cinchonine ne saurait être substitué au sulfate de quinine dans les fièvres pernicieuses.

Du sulfate de cinchonine et de son emploi dans les fièvres intermittentes, par M. Brun. (Thèses de Paris, n° 190.)

De la valeur spéciale du quinium, par M. Regnauld. (Union médicale, t. VI, p. 229.)

L'idée de l'auteur est la suivante : Dans les fièvres endémiques,

le sulfate de quinine coupe la fièvre, mais ne préserve pas du retour des accès dans un temps assez rapproché ; le quinium coupe la fièvre plus lentement, mais il la guérit sûrement.

De l'emploi de l'alcool comme méthode abortive des fièvres d'accès, par MM. Guyot et Burdel. (Union médicale, t. VII, p. 465 et 578.)

M. Burdel, dans un travail sur la viticulture, avait fait ressortir les avantages du vin pour prévenir ou combattre un grand nombre d'états cachectiques, et en particulier la chloro-anémie et l'intoxication paludéenne. — M. J. Guyot a fait connaître, à cette occasion, les résultats de quelques heureux essais qu'il a faits de l'usage des alcooliques pour faire avorter les accès fébriles. — M. Burdel a donné de son côté plus de développements à son idée première ; pour lui, la cause fébrigène n'est pas un poison ; on a tort de chercher un antidote. Le quinquina n'est pas un contre-poison ; ce n'est qu'un tonique névrosthénique par excellence, et sa supériorité sur tous les autres tient à ce que le stimulus qu'il communique à l'arbre nerveux a une durée plus longue et plus soutenue que les autres toniques. Pour prévenir la fièvre et ses récidives, M. Burdel emploie les stimulants diffusibles, et surtout le vin et les alcooliques ; il en obtient les meilleurs résultats en Sologne.

Comment il faut administrer le sulfate de quinine dans la fièvre intermittente, par M. Simon. (Gazette des hôpitaux, p. 503.)

Nouveaux faits à l'appui de l'emploi du chloroforme dans les fièvres intermittentes, par M. Maestre. (El Siglo med., et Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 90.)

L'auteur résume ainsi son travail : Les fièvres intermittentes sont des maladies d'un caractère nerveux. Les vapeurs de chloroforme exercent dans cette maladie une action primitivement dynamique et spécifique sur le système nerveux de la vie de relation et de la vie organique; introduit dans l'estomac sous forme liquide, cet agent détermine une action topique excitante et de peu de durée, d'abord dans les rameaux nerveux de l'estomac, ensuite une action dynamique et spécifique sur le système ganglionnaire et spinal. La théorie et l'expérience clinique viennent à l'appui des bons résultats obtenus de l'emploi à l'intérieur du chloroforme dans le traitement des fièvres d'accès de types divers. Ce traitement n'exclut ni les préparations de quinquina ni les préparations arsenicales. Le meilleur mode d'administration consiste, après avoir combattu les diverses complications, à prescrire 1gr,50 de cloroforme dans 50 grammes de sirop commun,

une petite cuillerée toutes les trois heures, dans l'apyrexie, et deux cuillerées pendant l'accès fébrile. Si la fièvre reparaît le troisième jour, la dose de chloroforme est portée à 3 grammes dans la même quantité d'excipient. On suspend le médicament pendant cinq jours et on l'administre de nouveau à la dose de 20 à 30 centigrammes dans les vingt-quatre heures, et cela pendant sept jours.

Ether quinique contre les fièvres intermittentes, par M. Sprengler. (Union médicale, t. V, p. 478.)

Je crois, dit l'auteur, que, dans l'éther de quinquina, l'éther est la seule partie réellement active. — En 1847, j'ai traité et guéri plusieurs fièvres intermittentes avec les inspirations d'éther sulfurique. Je n'ai pas observé un seul symptôme pénible ; il est vrai que je n'employais pas ce médicament seulement à la dose d'un drachme. Je faisais continuer les inspirations jusqu'à la production de l'anesthésie complète. — Nous pensons qu'il ne serait ni sans intérêt ni sans avantage de répéter les expériences en suivant ma manière d'agir, et de décider la question, ne serait-ce qu'en raison du prix de l'éther sulfurique, beaucoup moins cher et plus facile à se procurer que l'éther de quinquina. On pourrait également faire des contre-expériences avec le chloroforme.

Effets fébrifuges de la chuguiragua. (Siglo medico, nº 336 ; Union médicale, t. VII, p. 301.)

L'auteur paraît avoir obtenu quelques bons effets de cette plante, qui, originaire d'Amérique, est employée comme antipériodique à Quito, où elle croît en abondance. Les indigènes la désignent sous ce nom vulgaire, et l'emploient en infusion à la dose de 4 grammes pour 375 d'eau, et spécialement la fleur à la dose de 1 gramme 1/2.

De l'emploi de la racine de gentiane jaune contre l'intoxication paludéenne, par M. Chabasse. (Union médicale, t. V, p. 137.)

C'est surtout comme agent prophylactique que l'auteur préconise la gentiane jaune : ce médicament toutefois est efficace contre l'élément paludéen et contre le mouvement fébrile intermittent qui se produit pendant la convalescence de la fièvre jaune. L'auteur procède de la manière suivante : On prend 250 grammes de racine de gentiane jaune, qu'on coupe en menus morceaux et qu'on met à macérer dans 1,000 grammes d'alcool à 36 degrés ; au bout de huit jours de macération, la liqueur doit avoir pris une teinte brune très-foncée. On la décante ; on prend un verre à liqueur de cette teinture alcoolique,

qu'on mélange à 1,000 grammes de bonne eau-de-vie. — On donne à ce mélange le nom de *liqueur gentianique*, et on la fait prendre à la dose d'un petit verre une ou deux fois par jour, mélangée avec de l'eau potable dans les proportions suivantes et à jeun :

Liqueur gentianique, 1. — Eau potable, 4.

Ce qui constitue une boisson fort agréable à prendre. — L'adjonction de l'alcool à la gentiane n'est pas sans importance. Cet excitant diffusible monte le système nerveux au degré d'énergie voulue pour être accessible à l'imprégnation thérapeutique de la gentiane, et contribue à le soutenir contre l'action débilitante d'un climat chaud, souvent humide.

Potion fébrifuge du docteur Laine.
(Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 458.)

M. Beau a employé avec succès cette potion dans un cas de fièvre intermittente qui avait résisté au sulfate de quinine administré seul :

Décoction de quinquina. . . .	125 grammes.
Ether	25 —
Laudanum de Sydenham. . . .	15 gouttes.
Sulfate de quinine	1 gramme.

A prendre quatre heures avant l'accès, en deux doses, à un quart d'heure d'intervalle.

Du traitement le plus expéditif, le plus économique et le plus sûr des fièvres intermittentes et de la cachexie paludéenne, par M. Macario. (Gazette médicale, p. 540, 604.)

L'auteur arrive à cette conclusion, que c'est par les pratiques de l'hydrothérapie que l'on guérit le plus rapidement, le plus économiquement et le plus vivement les accidents paludéens.

De l'intermittence morbide, par M. Haro.
(Thèses de Paris, n° 49.)

Mémoire sur les fièvres printanières, estivales, automnales et hivernales, par M. Haspel. (Gazette médicale, p. 165 et 260.)

L'auteur a observé en Algérie ; les fièvres y présentent, suivant les saisons, les caractères suivants. — I. Au printemps, les fièvres sont sporadiques, à trois stades bien distincts, sans troubles intestinaux manifestes ; l'apyrexie entre les accès est complète ; la guérison arrive rapidement, même sans traitement, elle

est franche. Quotidiennes le plus souvent, tierces quelquefois, ces fièvres ne diffèrent presque pas de celles que nous voyons dans les climats tempérés. Ces accès fébriles apparaissent parfois comme terminaison de fièvres qui durent depuis l'été précédent. Ce sont alors de véritables crises. — II. En juin, juillet et août, les fièvres intermittentes simples, légères du printemps commencent à revêtir une forme plus ou moins grave, à prendre insensiblement les types rémittent, pseudo-continu et pernicieux, et à s'envelopper de symptômes typhoïdes ; et que l'on ne croie pas que ces affections continues, une fois établies, révèlent en rien dans leurs symptômes leur affinité avec les affections intermittentes. Elles sont parfaitement continues et les paroxysmes sont insaisissables Ce n'est que très-difficilement qu'on retrouve quelques traits de la physionomie des fièvres printanières sous les formes pseudo-continues et plus compliquées de celles de l'été. — III. On observe, à l'automne, toutes les variétes de fièvres pernicieuses, diversement compliquées. — IV. Les fièvres de l'hiver se distinguent : 1° par leur peu de violence, par la longueur de leur cours et des intervalles de guérison qu'elles comportent, et que les circonstances de la vie militaire empêchent d'être durables ; 2° par la fréquence de leur conversion, de leur dégénérescence en phlegmasies chroniques, en hydropisie, en état scorbutique, et la rapidité avec laquelle, dans certains cas, se manifestent les pétéchies et les escarres gangréneuses, malgré les moyens thérapeutiques les plus convenables ; 3° par la fréquence de leurs rechutes ; 4° par l'impuissance des efforts de réaction, qui sont tardifs, obscurs et insuffisants pour résoudre les engorgements formés ; 5° par leur complication fréquente avec la diarrhée, la dyssenterie et l'hépatite chronique ; 6° enfin par la mortalité qu'elles produisent, qui est constamment plus considérable, relativement au nombre des malades, en hiver que dans les autres saisons, mortalité qui n'est qu'un produit de l'été ou de l'automne, l'échéance d'une dette antérieurement contractée.

Des sources d'indication dans la fièvre rémittente, par M. Batigne. (Thèses de Montpellier, n° 94.)

L'auteur examine la fièvre rémittente : 1° selon qu'elle est simple, privée de toute complication ou de combinaison ; qu'il n'y a qu'elle, en un mot, à combattre ; — 2° selon qu'elle complique un état morbide, qu'elle en forme l'élément principal d'indications, en sorte qu'en la faisant disparaître tout disparaît ; — 3° selon que, compliquant un état morbide, elle ne fait que gêner la marche, en sorte que, cette complication enlevée, l'affection compliquée peut alors suivre facilement et librement son cours, comme cela se voit, par exemple, dans les cas de fièvre typhoïde,

de variole, de rougeole, de scarlatine, etc.; — 4° selon qu'elle est compliquée ;— 5° enfin, dans un cinquième chapitre, l'auteur passe très-légèrement en revue les cas de fièvres rémittentes fausses ; c'est à-dire, les cas dans lesquels, tout annonçant l'état rémittent le plus marqué, le plus accentué, le plus propre à l'administration des préparations de quinquina, cet état n'est cependant pas état à quinquina : ce qui se voit, par exemple, tout particulièrement dans les exacerbations vespérines qui surviennent à la suite des repas chez les phthisiques.

Considérations générales et observations sur les principales fièvres éruptives, par M. Daroux. (Thèses de Montpellier, n° 14.)

De la variole et de son traitement, par M. Collin. (Thèses de Paris, n° 177.)

Vaccine ; origine du virus-vaccin, par M. Depaul. (Academie de médecine, 17 janvier.)

Le cow-pox est-il une maladie spontanée qui se développe chez la vache? N'est-il, au contraire, lui-même que le résultat d'une inoculation fortuite des eaux aux jambes du cheval? Ou bien encore ces deux affections, parfaitement indépendantes l'une de l'autre, auraient-elles pour résultat la production d'un liquide qui, inoculé à l'homme, aurait la propriété de le préserver de la petite-vérole? M. Depaul a institué les expériences suivantes : Deux inoculations faites sur des vaches, l'une avec du liquide d'eaux aux jambes aiguës, l'autre avec du liquide d'eaux aux jambes chroniques, ont donné un résultat complétement négatif. — De semblables expériences ont été faites concurremment avec les mêmes liquides sur des enfants (au nombre de six). Elles ont été également négatives. D'autres expériences ont eu le même résultat négatif. M. Depaul en tire cette conclusion : « Sans croire la question définitivement jugée, nous pensons que, jusqu'à nouvel ordre, il est permis de supposer ou bien que quelque erreur s'est glissée dans les faits qui sont contraires aux nôtres, ou bien que ce n'est pas dans la maladie connue sous le nom d'eaux aux jambes qu'il faut chercher le liquide qui engendre le vaccin.»

M. Depaul a lu (séance du 9 octobre) une partie du rapport officiel sur les vaccinations.

Expériences nouvelles sur l'origine du cow-pox, par M. Fontan. (Union médicale, t. VI, p. 385.)

L'auteur a assisté, à Toulouse, à des expériences sur l'inoculation vaccinale. Des juments ayant les *eaux aux jambes* (va-

riété qui a la forme pustuleuse), on a inoculé le pus de ces pustules sur le pis d'une vache ; bientôt après de belles pustules se sont manifestées. Plusieurs enfants ont été vaccinés avec du pus pris sur la vache, et partout on a obtenu de belles pustules, parfaitement caractérisées.

Rapport de la Commission de vaccine pour l'année 1859, par M. Roy. (Gazette médicale de Lyon, p. 107.)

Note sur les moyens propres à prévenir la formation de cicatrices difformes sur la face dans la variole confluente, par M. Stokes. (Bulletin de thérapeutique, t. LVIII, p. 385.)

Les chances de cicatrices difformes sont plus grandes dans les formes sthénique ou inflammatoire que dans les formes asthénique ou typhoïde de la variole confluente. — En considérant le changement, tant local que général, survenu depuis quelques années dans le caractère de la maladie, on peut s'expliquer la plus grande fréquence des cicatrices dans les temps qui nous ont précédés. — Dans les formes typhoïdes, l'emploi d'un enduit artificiel à la surface de la peau, solution de gutta-percha, glycérine, rend souvent de bons services. — Dans les formes plus actives ou non typhoïdes, l'emploi extérieur des cataplasmes, ou de tous autres moyens propres à diminuer l'inflammation locale, semble le meilleur mode de prévenir les cicatrices difformes du visage. — Lorsqu'on emploie les préparations mercurielles, il faut faire bien moins honneur des résultats favorables à une action spécifique du mercure qu'à l'influence de la compression exercée sur le système vasculaire de la partie, à la soustraction de celle-ci à l'action de l'air et à l'abondance de la perspiration cutanée entretenue au-dessous de l'emplâtre. — M. Debout fait les remarques suivantes : Une expérimentation de plus de vingt années ne nous permet pas de partager l'avis de notre savant correspondant. Il suffira à notre confrère de Dublin, pour acquérir la conviction de l'action abortive du mercure, d'appliquer, sur l'un des avant-bras d'un malade affecté de variole, une couche de collodion mercuriel de même étendue. La différence des résultats qu'il observera ne tardera pas à lui faire modifier son opinion à l'égard de l'action spécifique du mercure. Pour obtenir tous les effet de cette action, il faut que la préparation contienne une certaine quantité du médicament. La formule suivante est celle qui nous a fourni les meilleurs résultats :

Collodion élastique.	30 grammes.
Bichlorure de mercure....	50 centigrammes.

C'est pour avoir employé de trop petites quantités de sel mercuriel que plusieurs expérimentateurs ont pu, à l'exemple de

M. Stokes, nier l'action abortive des préparations hydrargyriques.

Sur l'emploi de la teinture d'iode pour prévenir les cicatrices à la suite de la variole, par M. Hebra. (Spitals-Zeitung; Gazette hebdomadaire, p. 541.)

M. Hebra a trouvé dans la teinture d'iode (24 grains d'iode pour 1 once d'alcool) un moyen qui remplit parfaitement ce but. Sous son influence, la coagulation du pus a lieu plus vite, et les croûtes se détachent plus promptement, circonstances qui seules rendent possible la formation consécutive de cicatrices peu profondes et non difformes. — Le mode d'emploi est le suivant : deux fois par jour, on badigeonne la face avec de la teinture d'iode à l'aide d'un pinceau de charpie, et l'on s'abstient de couvrir de quoi que ce soit les parties badigeonnées. On continue cette opération pendant quatre à six jours, jusqu'à ce qu'il se soit formé une croûte brune uniforme qui commence à se détacher par ses bords. Ce badigeonnage n'occasionne qu'une légère sensation de brûlure. Si cependant il déterminait des douleurs plus vives, il suffirait de recourir pendant une heure à des fomentations froides pour les faire disparaître. — Le badigeonnage à la teinture d'iode ne peut être efficace que s'il est employé aussitôt qu'on voit les pustules se développer.

Contributions à l'étude de l'évolution des pustules varioliques, par M. Luys. (Société de biologie; Gazette médicale, p. 89.)

Le derme, au début, devient, par places, le siége d'un développement vasculaire considérable, en vertu duquel surviennent des boursouflements partiels du derme et de l'épiderme, ou bien c'est l'état papuleux.—Puis une exsudation a lieu dans ces points vasculaires et tuméfiés; un liquide, variable en abondance, en couleur et composition chimique élémentaire, s'épanche dans les couches molles, profondes de l'épiderme. Ce dépôt plastique est, dès le début, transparent et peu abondant (état vésiculeux). — Puis il augmente en quantité sous l'influence de l'action congestive, qui se continue à la surface de la peau. Cet épanchement s'infiltre dans tous les espaces libres entre l'épiderme et le derme, de la même manière qu'un liquide que l'on injecterait (pour continuer notre comparaison) dans l'interstice d'une paroi murale et d'une étoffe *capitonnée* appliquée à sa surface; le premier effet de la présence de ce liquide serait de distendre, en les soulevant, les espaces d'étoffe libres, et le second de faire obstacle contre les points d'insertion qui relient l'une et l'autre. C'est effectivement ce qui se passe ici : à la période vésiculaire succède bientôt la période de l'ombilication, marquée par l'accumulation progressive de liquide sous l'épiderme et par la retraction de

goulots folliculaires qui résistent encore. — Alors les goulots distendus outre mesure, ou peut-être ramollis, se rompent ; l'ombilication disparaît, et la matière plastique s'épanche d'une manière irrégulière ; elle prend des aspects plus ou moins globuleux, se présente sous forme de saillies irrégulières qui s'affaissent peu à peu par suite soit de la résorption des parties liquides, soit de la rupture des couches épithéliales superficielles. — Enfin nous ne sommes pas éloigné de croire que les cicatrices caractéristiques qui se remarquent sur les points qui ont été le siége des pustules sont dues à du tissu cicatriciel comblant les vides produits dans le corps papillaire par la destruction moléculaire de ces papilles englobées et noyées dans la masse de l'exsudat.

De quelques complications observées dans la variole, par M. Riobé. (Thèses de Paris, n° 107.)

De la variole, considérée principalement dans ses complications et des indications thérapeutiques qu'elles fournissent, par M. Guillon. (Thèses de Montpellier, n° 32.)

Développement simultané de la vaccine et de la variole chez un enfant, par M. Foucart. (Gazette des hôpitaux, p. 423.)

La vaccine a paru transformer, dans ce cas, une variole en varioloïde ; M. Foucart pense que cet enfant, qui n'avait jamais été vacciné, aurait eu une véritable variole, et qu'il doit à la vaccination de n'avoir eu qu'une variole modifiée.

Action de la vaccine sur la variole, par M. Demera. (Gazette médicale de Lyon, p. 270.)

Une enfant de dix ans, qui avait été vaccinée avec succès, fut affectée, au septième jour de la vaccination, d'une éruption variolique générale. Les pustules vaccinales prirent alors une couleur bleuâtre et poursuivirent et accomplirent leur cours régulier en conservant leurs caractères normaux. Les boutons varioliques, au contraire, n'atteignirent pas, dans leur développement, la moitié du volume qu'ils prennent ordinairement ; ils ne continrent point de pus, et avortèrent au bout de neuf jours.

Instrument à vacciner, par M. Chassagny. (Gazette médicale de Lyon, p. 109.)

L'instrument se compose d'un tube cylindrique terminé par une extrémité effilée semblable à une moitié de tube de vaccin cassé près de son renflement ; cette partie se sépare de la portion cylindrique et s'y rajuste à l'aide d'un pas de vis : elle sert

de réservoir au vaccin qui s'y précipite et s'y accumule en obéissant aux lois de la capillarité. Dans la partie cylindrique du tube et parallèlement à son axe joue librement une tige cylindrique terminée d'un côté par un petit tube, dans lequel sont implantées et fixées avec de la cire d'Espagne deux fines aiguilles, accolées l'une à l'autre, et dépassant cette tige de la moitié environ de leur longueur : l'autre extrémité de cette tige se termine par un petit bouton, après avoir traversé un bouchon, qui ferme le tube cylindrique du côté de son extrémité manuelle. — Dans la partie cylindrique du tube antérieur et autour de la tige centrale que nous venons de décrire, s'enroule un léger ressort de laiton, qui tend à repousser cette tige en dehors, et maintient l'extrémité des aiguilles plongée dans le réservoir du vaccin. Dans cet état, si l'on appuie sur le bouton terminal, on fait saillir de deux millimètres environ les aiguilles en dehors de l'extrémité effilée de l'insrument, et aussitôt que l'on cesse la pression, les aiguilles, obéissant au ressort, rentrent dans le réservoir, et vont se recharger de nouveau.

Célérité, diminution des appréhensions et de la douleur pour le patient, économie pour l'opérateur, succès plus assuré de la vaccination, voilà les titres sérieux qui paraissent devoir recommander l'*Instrument vaccinateur*.

Conservation du vaccin, par M. Husband.
(Académie de médecine, 3 avril.)

Il s'agit d'un procédé connu depuis longtemps (emploi de tubes en verre), et auquel M. Husband a apporté quelques modifications insignifiantes, sinon tout à fait nuisibles.

De la glycérine comme moyen de conserver le vaccin,
par M. Dubreuilh. (Bulletin de thérapeutique.)

Les journaux ont fait connaître, il y a quelques mois, le procédé imaginé par un médecin américain pour conserver le virus vaccin à l'aide de la glycérine. M. Dubreuilh, médecin de l'hospice de la Maternité de Bordeaux, s'est empressé d'expérimenter un moyen aussi précieux. Il a mélangé avec de la glycérine bien pure des croûtes vaccinales, qu'il a eu soin de laisser intactes ; ce mélange a donné une substance jaunâtre, de consistance de miel, qui a été employée au moins sur vingt enfants, et M. Dubreuilh a informé ses collègues de la Société de médecine de l'insuccès de ses tentatives.

Ovaires d'une femme varioleuse, par M. Luys.
(Bulletins de la Société anatomique, 1859, p. 299.)

M. Luys montre les ovaires d'une femme qui a succombé à

une variole au quatrième mois de la grossesse, et dont les ovaires sont sains. Il n'y a ni ovarite périphérique, ni ovarite parenchymateuse, et probablement c'est à la grossesse que l'on doit cette immunité. Tout le monde sait, en effet, que pendant la grossesse, la fonction ovarique reste stationnaire, et que l'ovaire est, pour ainsi dire, endormi.

De la revaccination et des conditions propres à assurer la réussite de cette opération, par M. G. Goupil. (Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 365.)

L'auteur a revacciné des militaires : il n'a eu qu'un insuccès pour neuf réussites ; il attribue ces résultats à ce qu'il a introduit une grande quantité de virus vaccin dans la petite plaie résultant de la piqûre et à ce qu'il a juxtaposé à la surface de cette plaie une gouttelette de virus, qui, à la longue, est absorbée en tout ou en partie. — La température élevée (les revaccinations ont été pratiquées en été) a permis d'arriver, en un laps de temps beaucoup plus court que celui qu'on observe généralement, à obtenir la pustulation caractéristique de l'éruption vaccinale.

Variole confluente avec éruption scarlatiniforme, par M. Trousseau. (Gazette des hôpitaux, p. 57.)

On cite l'exemple d'un malade du service de M. Trousseau, qui a présenté d'abord une éruption scarlatiniforme, puis une éruption variolique confluente. Pour M. Trousseau, cet homme, n'a pas eu une variole coexistant avec une scarlatine ; il assimile l'éruption scarlatiniforme à ces éruptions que l'on voit survenir chez les sujets qui ont fait usage de certains aliments malsains ou de certains médicaments. Pour lui, l'éruption scarlatiniforme est une des manifestations de l'empoisonnement variolique porté à un haut degré d'intensité. M. Trousseau ne croit pas à l'existence simultanée de la variole et de la scarlatine.

Dans le même article, on trouve un fait observé par M. Passant, qui montre l'existence simultanée de ces deux affections.

Sur le même sujet, nous rencontrons dans le même journal les deux articles suivants :

Cas de variole et de scarlatine survenues chez le même malade, par M. Couturier (Gazette des hôpitaux, p. 142) ;

Variole et scarlatine simultanées, par M. Douet (Gazette des hôpitaux, p. 202).

De la fièvre scarlatine, par M. Bousquel. (Thèses de Strasbourg.)

Des accidents graves qui surviennent dans le cours de la rougeole et de la scarlatine, par M. Moynier. (In-8, 290 pages. Metz, imprimerie Verronnais.)

M. Moynier, dans ce mémoire fort bien fait, passe en revue les différents accidents qui peuvent compliquer la rougeole et la scarlatine. — Pour la rougeole, il examine successivement : la fièvre, les accidents cérébraux, les ophthalmies, le coryza, la pharyngite, la laryngite, l'otite, l'otalgie, les affections thoraciques, les gangrènes de la bouche, de la vulve et de la peau, les hémorrhagies, l'anasarque, la néphrite, l'état adynamique, la coïncidence d'une autre fièvre éruptive, la mort subite. — Pour la scarlatine, on trouve comme accidents graves : la chaleur de la peau, les accidents nerveux, l'angine, les parotides, la laryngite, le croup, la broncho-pneumonie, les entéro-colites, l'hémorrhagie, le rhumatisme, les inflammations des grandes séreuses, l'albuminurie et les épanchements de sérosité, les gangrènes, l'otite, les abcès, la toux, la manie, la danse de Saint-Guy. — M. Moynier, dans un chapitre spécial, trace les règles du traitement de la rougeole et de la scarlatine. Enfin, ce travail, déjà précieux par le grand nombre d'observations qu'il contient, se termine par des indications bibliographiques d'une valeur réelle.

Des accidents graves de la rougeole et de la scarlatine, par M. Chabrier. (Metz, imprimerie Verronnais ; in-8, 70 pages.)

Ammoniaque dans la fièvre scarlatine. (Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 36.)

M. Percy a fait administrer l'esprit aromatique d'ammoniaque, une cuillerée à café dans une once d'eau chaude pour lavement; un lavement de deux en deux heures.

Les effets ont été très-rapides sur l'inflammation de la gorge, laquelle a diminué dans deux cas rapportés par l'auteur.

Sur la parenté entre la scarlatine et la rougeole, par M. Kuttner. (Journal f. Kinderkrankh. ; Union médicale, t. VI, p. 45.)

Il est question d'une famille dans laquelle plusieurs enfants eurent successivement la rougeole ; une sœur aînée, qui avait été en contact avec des malades atteints de rougeole, fut prise de phénomènes indiquant l'invasion d'une fièvre éruptive ; mais, au lieu d'une rougeole, elle eut une scarlatine parfaitement caractérisée. Ce fait a été observé pendant une épidémie de rougeole, dans un pays où il n'y avait pas en ce moment de scarlatine.

Notes sur une épidémie de rougeole observée aux environs de Paris en 1859, par M. Thore. (Gazette des hôpitaux, p. 286.)

M. Thore signale les particularités de cette épidémie : l'invasion a été soudaine ; aucun âge n'a été épargné ; le maximum d'intensité a eu lieu entre deux et trois ans ; un plus grand nombre de filles ont été atteintes (filles, 187 ; garçons, 157). — Chez plusieurs enfants, l'épistaxis a été très-abondante. L'auteur examine ensuite les complications ; au premier rang se placent les inflammations pulmonaires, puis viennent la laryngite, la méningite, l'entérite. M. Thore ne pense pas que la tuberculisation soit fréquente à la suite de la rougeole. — La plus grande mortalité a coïncidé avec le maximum du développement de l'épidémie morbilleuse ; la mortalité a été de 4 1/2 pour cent.

De la tuberculisation pulmonaire consécutive à la rougeole, par M. Champouillon. (Gazette des hôpitaux, p. 213.)

Pour cet auteur, comme pour M. Michel Lévy, la formation des tubercules par la seule influence du catarrhe rubéolique est un fait positif et plus commun qu'on ne le suppose. Le praticien doit surtout se préoccuper de la phlegmasie pulmonaire, et en surveiller la marche. — Dans le nombre des malades devenus phthisiques à la suite de la rougeole, cinq avaient été saignés, vingt-neuf ont été traités sans le concours des émissions sanguines ; ce qui donne 1 tuberculeux sur 8 pour la première catégorie, et 1 sur 3 pour la seconde. — Ces résultats comparatifs sont évidemment de nature à affaiblir la confiance que les médecins accordent généralement à la méthode expectante, et à inspirer peut-être quelques scrupules aux disciples de l'école hématophobe.— M. Champouillon formule ainsi son traitement : Saignée du bras de 500 grammes dès que l'imminence de la tuberculisation est reconnue ; tisane pectorale miellée, looch blanc avec eau de laurier-cerise. Après que les symptômes de l'acuité se sont éteints, sirops balsamiques, laxatifs à intervalles rapprochés, vésicatoire au bras ou sous les clavicules, huile *brune* de foie de morue.

De la suette miliaire, par M. Grenier. (Thèses de Paris, n° 205.)

Suette miliaire. (Gazette des hôpitaux, p. 281.)

Le rédacteur parle d'une épidémie de suette miliaire qui a régné dans le Var : elle a été assez étendue ; la fièvre s'est compliquée d'accidents pernicieux intermittents et rémittents. Le sulfate de quinine a parfaitement réussi. — A propos de cet article, il s'est engagé (Gazette des hôpitaux, p. 317), une polémique entre

M. Boyer-Gubert, médecin à Draguignan, qui insiste sur l'existence des accès intermittents, et M. Foucart, qui soutient encore une fois que cette intermittence n'est pas démontrée, et que l'ipécacuanha est le meilleur moyen à opposer à la suette.

Laryngite sous-muqueuse dans une fièvre typhoïde, par M. Gellé. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 303.)

Vers le quarantième jour d'une fièvre typhoïde, une petite fille placée dans les salles de M. Blache, fut prise de dyspnée intense, avec accès de suffocation simulant une laryngite pseudo-membraneuse ; la voix persistait cependant, et l'expiration était plus facile que l'inspiration. L'asphyxie imminente détermina à pratiquer la trachéotomie, bien qu'on ne reconnût pas dans cet ensemble de symptômes les caractères du croup. (J'avais pensé qu'il y avait œdème de la glotte par nécrose laryngée.) La malade succomba, huit ou dix jours après l'opération, à une pneumonie lobaire du côté droit, avec suppuration du poumon et dilatation des bronches. — A l'*autopsie*, pas de fausses membranes dans le larynx, diminution du calibre de cet organe, par suite de l'existence d'un abcès situé entre la membrane muqueuse et le cartilage cricoïde ; (*laryngo-nécrosie*, mobilité et nécrose de la moitié gauche du cartilage cricoïde, disparition presque complète du cartilage aryténoïde de ce côté, etc.). L'articulation crico-aryténoïdienne correspondante présentait une petite fistule de 2 à 3 millimètres d'étendue, qui faisait communiquer l'abcès avec l'intérieur du larynx. Les cordes vocales étaient intactes ; il n'y avait pas non plus d'œdème des replis aryténo-épiglottiques.

Note sur la rhino-nécrosie, ou nécrose des cartilages de la cloison du nez, par M. Roger. (Union médicale, t. V, p. 468.)

Ces deux faits sont excessivement rares, sinon uniques dans la science; il s'agit de deux cas de *nécrose des cartilages du nez*, survenue d'une manière aiguë pendant la durée d'une affection générale fébrile, et ayant amené la perforation de la cloison. — Le premier fait s'est produit dans le cours, ou plutôt à la fin d'une *fièvre rhumatismale* compliquée d'endo-péricardite chronique ; le second, dans la convalescence d'une *fièvre typhoïde*. — Ce fait de rhino-nécrosie semble avoir naturellement sa place à côté des faits de nécrose du larynx dont il a été question, dans ces derniers temps, sous les dénominations de *laryngite typhique*, de *laryngo-typhus secondaire nécrosique*, laryngite nécrosique de la fièvre typhoïde. De part et d'autre, en effet, on voit, dans la convalescence d'une même maladie, survenir une altération

identique, frappant un tissu analogue et portant pareillement sur une section des voies respiratoires. — Au début les malades éprouvent dans les fosses nasales, de la tension, de la démangeaison, de la gêne. — Pour les fosses nasales comme pour le larynx, l'altération du cartilage est probablement primitive, et non point consécutive à une affection de la membrane muqueuse. Il y a véritable nécrose avec formation d'un séquestre, dont l'élimination est un processus morbide naturel qu'on n'a guère le pouvoir d'entraver par un *traitement*, et qui est même une condition nécessaire de la guérison.

Rhino-nécrosie, par M. Le Cœur. (Société médicale des hôpitaux, 16 mars; Union médicale, t. VI, p. 189.)

M. Lecœur envoie une observation analogue à la deuxième observation de M. Roger; il s'agit dans les deux cas d'une rhino-nécrosie, survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde grave. — M. Roger croit, d'après ces faits, que l'on doit admettre une rhino-nécrosie typhique.

M. Grisolle a constaté une perforation des fosses nasales chez un enfant atteint d'une affection organique du cœur.

Observation de rhino-nécrosie, par M. Putégnat. (Société médicale des hôpitaux, 23 mai; Union médicale, t. VI, p. 586.)

Cette rhino-nécrosie est aussi consécutive à une fièvre typhoïde; analogue aux précédentes pour les détails et la signification.

Deux observations de laryngo-nécrosie consécutive à la fièvre typhoïde, par M. F. Barthez. (Union médicale, t. VII, p. 83.)

Ces deux observations ont pour titre : I. — Laryngo-nécrosie survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde; laryngo-trachéotomie; gangrène du poumon droit; mort. — II. — Laryngo-nécrosie, ou laryngite sous-muqueuse, survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde; mort. — L'auteur pense que la laryngo-nécrosie doit aujourd'hui prendre rang parmi les causes susceptibles de déterminer la mort chez les convalescents de fièvre typhoïde, et le médecin devra avoir soin, dans son pronostic, de se tenir en garde et de redouter souvent cette terminaison fâcheuse, alors même que la convalescence du malade lui offrira la presque certitude d'une prochaine et complète guérison.

Nécrose des cartilages de la cloison du nez, par M. Corbel. (Gazette des hôpitaux, p. 178.)

Une observation de nécrose chez un rhumatisant, qui avait une

endocardite et une hypertrophie du cœur. Cette observation ressemble à la première des deux qui ont été publiées par M. Roger.

Guérison d'un cas de mutisme consécutif à la fièvre typhoïde, par M. Baudelocque. (Académie des sciences, 22 octobre.)

Un soldat, âgé de vingt-trois ans, fut affecté, en 1856, de la fièvre typhoïde, et dans le cours de cette maladie, il perdit l'usage de la parole ; c'est à titre de muet non sourd qu'il fut admis, en 1859, à l'hôtel impérial des Invalides ; à cette époque, il ne pouvait prononcer aucun mot, ni même produire aucun son. Le 1er septembre dernier, il était muet depuis plus de quatre ans, et par suite du traitement médical qu'il a subi, il a recouvré peu à peu la parole.

Etude historique de la fièvre typhoïde, par M. E. Bertin. (Thèses de concours de Montpellier ; in-8, 168 pages.)

Notice sur la fièvre typhoïde, par M. Lorut. (Cusset ; in-8, 39 pages.)

L'auteur publie une notice sur la fièvre typhoïde (rémittente vermineuse) qui a régné dans les environs du Cusset pendant l'automne de 1859.

De l'influence étiologique de la constipation sur la fièvre typhoïde, par M. Ch. Frémy. (Moniteur des sciences médicales, p. 586.)

M. Frémy veut prouver, par de nombreux exemples, que la constipation est une des causes qui peuvent engendrer la fièvre typhoïde, et qu'il est du devoir du médecin d'empêcher, par des purgatifs, cette cause d'exister.

De l'influence des matières putrides de l'intestin sur la marche des fièvres typhoïdes et éruptives, par M. Billard. (Gazette des hôpitaux, p. 15.)

Les idées de M. Billard sont ainsi résumées : — Les fèces ont une action spéciale par leur séjour prolongé dans l'intestin, et surtout par les miasmes dont ils sont la source, sur la marche et le pronostic des affections typhoïdes et éruptives. — L'absorption intestinale puise dans ces foyers d'infection les éléments de l'altération du sang, qui font presque toute la gravité de ces mêmes affections. — Les fièvres éruptives et typhoïdes sont d'autant plus longues et d'autant plus graves qu'on laisse le malade plus longtemps sous l'influence de ces causes d'infection. — L'indication capitale du traitement se trouve tout entière dans l'éva-

cuation de ces miasmes intestinaux par des laxatifs répétés. — Enfin, le mieux réel, ou plutôt la guérison du malade, arrive avec la disparition totale de la fétidité des matières excrémentitielles.

Signe caractéristique de la fièvre typhoïde, par M. Sapolini. (Union médicale de la Gironde.)

Ce signe, qui serait constant dans les fièvres de cette nature, lors même qu'elles arrivent à la convalescence, consisterait en un mode particulier de pulsations carotidiennes. Une large ondée artérielle se produit d'abord dans l'artère ; elle est rapidement suivie d'une seconde moins volumineuse, puis d'une troisième encore, suivie elle-même d'un temps d'arrêt. Cette inégalité dans les mouvements des ondes artérielles et la sensation de frémissement saccadé, tout à fait insolite, que perçoivent les doigts appliqués sur la carotide, sont très-faciles à constater et constants.

La fièvre typhoïde est-elle contagieuse ? par M. Matagrin. (Gazette médicale de Lyon, p. 260.)

L'auteur conclut à la non-contagion, d'après son expérience et d'après une épidémie qu'il a eu occasion d'observer. Il admet que la fièvre typhoïde est épidémique et non contagieuse.

De la contagion de la fièvre typhoïde, par M. Saintin. (Thèses de Strasbourg.)

Note sur un accident peu commun dans la fièvre typhoïde, par M. Saucerotte père. (Bulletin de thérapeutique, LIX, p. 76.)

La malade a eu, à deux reprises différentes, les symptômes d'une perforation intestinale ; elle a cependant guéri, sans que ces phénomènes de perforation aient eu des suites fâcheuses.

Perforation intestinale dans une fièvre typhoïde, par M. Millard. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 299.)

Le malade était au vingt-cinquième jour ; il mangeait et il était en pleine convalescence.

Perforations intestinales à la suite de fièvre typhoïde, par M. Almagro. (Bulletin de la Société anatomique, p. 292.)

Ce malade était au trentième jour de sa maladie ; il a succombé à une péritonite suraiguë. Quatre plaques de Peyer ont été trouvées altérées ; deux étaient largement perforées.

De l'entéro-mésentérite typhoïde, par M. Garrigou. (Thèses de Paris, nº 69.)

Ce travail, dédié à M. Bouillaud, contient le développement des propositions suivantes : — La fièvre typhoïde est, au début, une inflammation pure et simple, comme l'a dit Pinel lui-même. — Elle devient ensuite une maladie générale par suite d'un véritable empoisonnement. — Le traitement antiphlogistique, appliqué dès les premiers jours de la maladie, peut la faire avorter. — Appliqué à la fin du premier septénaire et au commencement du second, si les phénomènes d'empoisonnement ne dominent pas sur les phénomènes inflammatoires, la méthode antiphlogistique diminue beaucoup les accidents, et abrége d'une manière incontestable la durée de la maladie. — Passé la seconde période, les saignées locales seules sont utiles quelquefois ; les saignées générales produisent des effets désastreux. — Les antiseptiques constituent la médication rationnelle des périodes d'empoisonnement.

De l'emploi de l'hydrothérapie dans le traitement de la fièvre typhoïde, par M. Demeaux. (Thèses de Paris, nº 247.)

Voici, d'après l'auteur, les indications de l'hydrothérapie dans le traitement de la fièvre typhoïde, le but que l'on se propose, et les moyens que l'on emploie. — Au début : *indications* : intensité des symptômes inflammatoires ; *but :* sédation ; *moyens :* immersions prolongées, enveloppements humides renouvelés ; la température de l'eau doit être peu inférieure à celle du sujet ; il faut éviter la réaction ou la dépasser. — Dans le deuxième septénaire : *indications :* adynamie profonde, avec tout son cortége symptomatique ; *but :* excitation très-vive ; *moyens :* aspersions, immersions, enveloppements humides ; la température de l'eau doit être très-inférieure à celle du sujet, et la durée d'application du froid ne doit jamais dépasser la réaction. — Dans le troisième septénaire : *indications :* sécheresse de la peau et de la langue, élévation de la chaleur vitale ; *but :* sudation ; *moyens :* le meilleur est l'enveloppement humide. — Dans la convalescence : *indications :* atonie des fonctions digestives ; *but :* réveiller ces fonctions ; *moyens :* tous les moyens sont efficaces, à la condition qu'ils développent la réaction.

De l'alimentation comme moyen curatif dans le traitement de la fièvre typhoïde, par M. Monneret. (Bulletin de thérapeutique, t. LVIII, p. 97.)

M. Monneret établit d'abord que, dans la fièvre typhoïde, la nutrition, c'est-à-dire le mouvement d'assimilation est, plus que

tous les autres actes physiologiques, suspendu, ou tout au moins frappé d'adynamie profonde. La nature de cette altération, il ne faut la chercher ni dans un état chloro-anémique, ni dans une défibrination du sang. C'est l'inanition, c'est-à-dire la suspension ou la diminution du travail d'assimilation, qui joue le rôle essentiel dans la production des accidents, perte rapide du poids du corps, émaciation prompte, ulcérations, gangrènes, hémorrhagies, etc. ; tous accidents qu'on retrouve également dans la maladie causée par la privation d'aliments, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la description donnée par les médecins belges de la maladie de la misère, et par les expériences de M. Chossat. — Il trace ensuite, de la manière suivante, les règles du traitement de la fièvre typhoïde : — Lorsqu'un malade atteint de fièvre typhoïde grave ou bénigne est placé dans une de nos salles, nous le soumettons, le premier jour, à l'action de l'émétique administré à dose vomitive, et nous y revenons quelquefois le second jour, lorsque les évacuations produites par le vomissement n'ont pas été assez abondantes ; le deuxième, le troisième et le quatrième sont consacrés à l'emploi de l'eau de Sedlitz. Pendant ce temps, nous commençons à faire prendre au malade 3 ou 4 litres de limonade froide, glacée même, à laquelle on ajoute 25 ou 50 centilitres de bon vin par litre ; on accorde, de plus, deux ou trois grandes tasses de bouillon chaud ou froid, suivant qu'il est mieux digéré à l'un ou l'autre de ces états. En outre, la plupart des grands malades reçoivent de 100 à 150 grammes de vin de quinquina, ce qui porte à 1/2 litre, et souvent à 1 litre, la quantité de vin que le malade boit dans les vingt-quatre heures, dès le début et pendant le cours de son affection. Si l'on ajoute l'usage quotidien de 60 à 70 centigrammes de sulfate de quinine, de quelques verres d'eau de Sedlitz chaque fois que les selles deviennent rares et le météorisme un peu marqué, de cataplasmes glacés lorsque le cas est très-grave, on aura une idée complète du traitement simple et méthodique que nous appliquons à la fièvre typhoïde. Quant au traitement des complications, il ne diffère pas de celui qui est généralement adopté par tous les médecins ; nous ferons seulement remarquer que, excepté les phénomènes de congestion bronchique, ces complications sont rares, particulièrement celles qui peuvent surgir du côté de l'intestin, telles que les hémorrhagies, les perforations, les entéro-colites. — Nous ne nous bornons pas à nourrir les malades avec le vin et le bouillon ; de très-bonne heure, vers le huitième ou dixième jour, nous leur donnons des potages ou des soupes, trois ou quatre fois par jour, tout en continuant le vin de quinquina et souvent de Bagnols, à la dose de 100 et 200 grammes.

De l'alimentation dans la fièvre typhoïde, par **M. Piorry.** (Gazette des hôpitaux, p. 113.)

Les règles pratiques, relativement à l'alimentation dans l'entérite septicémique, sont pour M. Piorry : — D'accorder, en général, de la nourriture quand les malades en témoignent le désir et le besoin ; — De choisir celle que l'observation lui a appris être la plus convenable à la constitution et la plus facilement digestible; — De commencer par des doses faibles ; — D'observer leurs résultats et de les augmenter très-promptement, si l'expérimentation journalière des effets produits permet de le faire.

Fièvre typhoïde, par M. Forget. (Gazette des hôpitaux, p. 283.)

C'est un chapitre extrait des *Nouveaux éléments de l'art de guérir*. M. Forget s'y élève contre la médication nutritive continue ; il montre que les nourrisseurs donnent à leurs malades moins d'aliments que ne semblerait l'indiquer le titre de leur publication, et il se rallie complétement aux idées de M. Piorry, reproduites dans notre précédent article.

Remarques critiques sur l'influence de l'alimentation et des toniques dans la fièvre typhoïde, par M. Jacquez. (Gazette médicale, p. 817.)

La question du traitement de la fièvre typhoïde n'a guère fait de chemin, si elle en a fait, depuis Hippocrate.

Influence de l'alimentation et des toniques dans la fièvre typhoïde, par M. Haspel. (Gazette médicale, p. 739, 775.)

L'auteur rappelle les travaux faits sur ce sujet et les raisons données pour ou contre ; il n'apporte pas de faits nouveaux ; sa conclusion est favorable à l'emploi des toniques et de l'alimentation.

De la congestion pulmonaire dans la fièvre typhoïde, principalement au point de vue du traitement, par M. Michou. (Thèses de Paris, n° 68.)

M. Michou a vu, dans le service de M. Béhier, les ventouses sèches produire de très-bons effets dans les cas de congestion pulmonaire compliquant la fièvre typhoïde. (Voir l'*Annuaire*, t. I, p. 105.) Il expose la pratique de M. Béhier, après avoir montré comment les malades atteints de fièvre typhoïde ont des congestions. — M. Béhier applique, chaque jour, 60, 80, 100 ventouses sèches, moitié le matin, moitié le soir. Les endroits les plus favorables à leur application sont les jambes et les cuisses, où les parties molles forment des coussins qui se prêtent fort

bien à l'adaptation des verres : il en placerait aussi sur la poitrine ; mais comme presque toujours les malades, à cette époque de la maladie, sont très-amaigris, la configuration de la cage thoracique et la saillie des côtes rendent difficile leur adaptation. — Les ventouses sèches ne produisent pas d'accidents. — Elles déterminent une congestion intense vers les téguments, et détournent ainsi des parties profondes une certaine quantité de liquides ; bientôt les symptômes pulmonaires s'amendent, la respiration est moins gênée, le pouls se relève et perd de sa fréquence. Dans quelques cas, les ventouses agissent assez puissamment pour calmer le délire du malade, pour tirer celui-ci de la somnolence. — Il est indispensable d'appliquer des ventouses deux fois au moins en vingt-quatre heures ; sans cela, l'effet salutaire qu'elles produisent serait momentanément suspendu, et le poumon, vers lequel le sang a tant de tendance à se porter, serait de nouveau envahi par ce liquide. Les résultats seraient plus heureux et plus sensibles encore, s'il était possible de faire quatre ou cinq applications de ventouses par jour, car la révulsion serait plus continue. — M. Michou ne présente pas les ventouses sèches comme un spécifique de la fièvre typhoïde à forme thoracique, il veut seulement démontrer que par leur emploi on combat victorieusement un symptôme d'une extrême gravité, et qui souvent suffirait à lui seul pour conduire le malade au tombeau.

Note sur l'action des dérivatifs et des révulsifs dans le traitement de la fièvre typhoïde, par M. Frémy. (Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 193.)

L'auteur se montre à un très-haut degré partisan des révulsifs. Aussitôt que le pronostic d'une fièvre typhoïde lui paraît grave, et par conséquent dès les premiers jours du mal, il n'hésite pas à faire appliquer de suite aux jambes les vésicatoires que, dans le cours de la maladie, il peut faire poser de nouveau aux cuisses. Quand les malades sont gravement frappés et lorsque les accidents semblent se concentrer entièrement sur le tube intestinal, il fait faire des frictions sur la paroi antérieure de l'abdomen avec l'huile de croton tiglium, à la dose de 1 à 2 grammes, soir et matin, jusqu'à ce que l'éruption se produise.

Des typhus, par M. Delange. (Thèses de Strasbourg.)

Typhus d'Orient, par M. Cazalas. (Académie de médecine, 21 août. — *In extenso*, dans l'Union médicale, t. VII, p. 403.)

Les affections typhiques constituent un groupe ou genre de maladies aussi naturel, aussi distinct que les genres intermittent,

varioleux, morbilleux, scarlatineux, etc. — Toutes les maladies typhiques — le typhus, la fièvre typhoïde, le typhus fever, l'abdominal typhus, toutes les fièvres graves avec stupeur, tous les accidents typhiques compliquant les maladies intercurrentes — appartiennent au genre typhique. — Toutes les maladies du genre typhique sont le résultat de la même cause spécifique — une intoxication miasmatique animale provenant de l'encombrement ou de la décompoition putride de détritus animaux. — Le typhus est l'expression la plus complète de l'infection typhique comme la variole de l'infection varioleuse ; il est l'espèce fondamentale du genre typhique comme la variole du genre varioleux, et, autour du typhus viennent se grouper, à des distances inégales, toutes les variétés du genre typhique, comme se groupent autour de la variole toutes les variétés du genre varioleux. — Dans la pratique comme dans les descriptions, il est aussi nécessaire de distinguer le typhus des autres affections typhiques que la variole des autres affections varioleuses. — Les affections typhiques peuvent se montrer sous les formes sporadique et épidémique ; et, dans toutes les épidémies de cette nature, on rencontre nécessairement des cas de typhus et des cas d'accidents typhiques isolés ou compliquant les maladies intercurrentes. — Une fois spontanément développées, les maladies typhiques se transmettent par contagion ; la contagion s'en opère indirectement ou par l'intermédiaire de l'air, et une stupeur plus ou moins profonde en est le seul caractère pathognomonique et constant. — Procédant de la même origine, toutes les maladies typhiques sont identiques quant à leur nature, et, le typhus et la fièvre typhoïde, — infiniment variables dans leurs formes, mais caractérisés, dans leur type, par les mêmes symptômes essentiels, le même nombre de périodes, la même marche dans l'évolution mesurée de chacune de ces périodes, la même durée, la même lésion anatomique propre et exigeant le même traitement prophylactique et curatif, — ne constituent qu'une seule et même espèce nosologique, qu'on appelle *typhus* ou *fièvre typhoïde*, selon les théories ou les conditions particulières au milieu desquelles elle se développe. — Les miasmes résultant de l'encombrement et de la putréfaction des cadavres et des détritus animaux ont été la cause essentielle ou première des affections typhiques de l'armée d'Orient, et les fatigues, les privations, le froid, l'humidité, le scorbut, les fièvres intermittentes et rémittentes, la diarrhée, la dysenterie, le choléra, les blessures et les congélations, sont les conditions générales ou les causes éloignées qui en ont préparé et provoqué le développement épidémique pendant les hivers de 1855 et de 1856. — La diarrhée, la dysenterie, le choléra, les blessures et les congélations qui constituaient, en 1855, les circonstances les plus aggravantes des maladies typhiques, étaient généralement

réduits, en 1856, à un rôle secondaire ou moins important. — En 1855, l'infection typhique étant encore superficielle, l'épidémie est restée limitée aux hommes empoisonnés en Crimée; tandis qu'en 1856, l'intoxication étant très-profonde, l'épidémie s'est répandue, par contagion, parmi les infirmiers, les médecins, les sœurs de charité et les aumôniers, dans la plupart des hôpitaux et des ambulances, où les sujets typhisés ont été réunis en grand nombre; mais, nulle part, la contagion n'a dépassé l'enceinte de ces établissements. — Pendant les deux épidémies, notamment en 1856, le scorbut comme cause prédisposante, et les alternatives de la température comme cause déterminante, étaient les conditions les plus puissantes et les plus actives de la généralisation des maladies typhiques; — Les éléments typhique, scorbutique, bilieux et intermittent, sans préjudice d'autres complications diverses, constituaient, en général, les maladies typhiques d'origine criméenne, et les mêmes éléments, moins le scorbut, celles contractées loin de la Crimée. — Les maladies typhiques — scorbutiques ou non scorbutiques — étaient constituées, tantôt par le typhus plus ou moins compliqué, tantôt par des états pathologiques divers, dans lesquels l'élément typhique n'était qu'un accident ou une complication; — Les lésions anatomiques qui caractérisaient ces maladies après la mort se montraient aussi variables que leur nature était complexe; et tandis que la lésion des plaques de Peyer ne manquait qu'exceptionnellement dans les cas où elles avaient offert, pendant la vie, les symptômes et la marche du typhus, cette lésion était très-généralement absente ou superficielle dans ceux où elles avaient présenté l'inconstance et l'irrégularité des affections typhoïdes. — La méthode thérapeutique généralement applicable à leur traitement consistait 1° à attaquer vivement, dès le début, les éléments morbides contre lesquels nos moyens ont une action curative directe et immédiate; 2° à combattre ensuite, à mesure qu'ils se présentaient, les symptômes dangereux et les complications susceptibles de les aggraver ou de s'opposer à la régularité de leur marche naturelle.

Observation de typhus sporadique, par M. Bertulus.
(Montpellier médical, t. V, p. 274.)

Mort à la fin du deuxième septénaire; absence absolue de plaques de Peyer.

Des congestions dans les fièvres, par M. Monneret.
(Archives générales de médecine, janvier, p. 25.)

M. Monneret, chargé de faire un rapport sur les mémoires

envoyés au concours de la Société médicale des hôpitaux, a présenté quelques réflexions, desquelles nous pouvons induire que, pour lui, la congestion est un état morbide distinct de tous les autres, qu'il faut décrire à part, et poursuivre dans toutes ses formes, à travers les différentes pyrexies qui lui donnent naissance. Il faut aussi étudier la combinaison fréquente de ces hyperémies avec d'autres états morbides, et particulièrement avec ceux dont il est l'acte préliminaire indispensable. On est alors conduit à reconnaître cinq espèces d'hyperémies : 1° la simple ; 2° la sécrétoire ; 3° la phlegmasique ; 4° l'hémorrhagique ; 5° la destructive, comprenant certaines formes d'ulcération, de ramollissement, de gangrène. Le point capital, c'est que ces hyperémies reconnaissent chacune une cause spécifique différente, à laquelle elles doivent ce qu'on observe de spécial dans le siége, la lésion, les symptômes et le traitement.

Etudes sur la physiologie pathologique de la congestion sanguine considérée principalement dans les fièvres, par M. Bucquoy. (Gazette médicale, p. 63.)

L'auteur étudie la congestion sanguine en général ; puis il traite du système capillaire et de la circulation capillaire dans leurs conditions physiologiques ; il examine ensuite les causes physiologiques des changements offerts par les vaisseaux capillaires et le sang dans les congestions. — M. Bucquoy recherche avec soin un caractère pour distinguer la congestion des fièvres de la congestion inflammatoire ; dans la première, on ne trouve pas d'éléments organisables, tandis qu'on les rencontre dans la seconde, à tous les degrés de développement.

Suites éloignées du scorbut, par M. Rizet. (Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 518.)

L'auteur a observé des troubles nerveux (héméralopie, névralgies, anesthésie) ; des troubles du système musculaire et articulaire (faiblesse, atrophie) ; des éruptions diverses ; des inflammations du tissu cellulaire ; de la susceptibilité des glandes salivaires et des gencives.

Quelques questions sur la fièvre jaune et son diagnostic différentiel, par M. de Mazarredo. (Thèses de Paris, n° 30.)

Sur quelques épidémies de fièvre jaune, par M. Archambault. (Thèses de Paris, n° 67.)

La fièvre jaune est un typhus qui, selon toutes les apparences, était endémique dans le nouveau monde bien avant la découverte

de ce continent. — Cette maladie est caractérisée par la teinte ictérique de la peau, le vomissement noir, des hémorrhagies, l'altération constante du sang et celle non moins constante de la muqueuse digestive. — Indépendamment des types continu, rémittent et intermittent, la fièvre jaune peut affecter plusieurs formes dès le début, qui sont les formes inflammatoire, typhoïque, et bilieuse. — On peut confondre quelquefois la fièvre jaune avec la fièvre rémittente bilieuse des pays chauds, sans qu'il résulte de cette confusion aucun inconvénient grave. — Les causes qui produisent cette maladie sont encore inconnues. — Ordinairement contagieuse dans les pays tempérés, elle ne l'est généralement pas dans les régions équinoxiales. — Dans les pays chauds, elle sévit principalement sur les étrangers ; mais elle peut se montrer aussi chez les indigènes, et même sous forme d'épidémie très-meurtrière. — Le traitement de cette affection doit varier suivant le type, la forme et la période de la maladie. — La fièvre jaune peut atteindre deux fois le même individu. — Tous les âges, à l'exception peut-être de la vie fœtale, tous les tempéraments, toutes les constitutions, chez les deux sexes, sont accessibles à ce typhus. — Le seul moyen prophylactique certain que l'on connaisse jusqu'ici consiste à fuir les foyers épidémiques.

De la fièvre jaune à la Guyane française, pendant les années 1855-56-57-58, par M. Daniel. (Thèses de Montpellier, n° 36.)

De la fièvre bilieuse des pays chauds, par M. Leblanc. (Thèses de Paris, n° 131.)

La fièvre bilieuse n'est ni une gastro-entérite, ni une hépatite, ni l'ictère grave, ni une fièvre palustre, ni une variété de la fièvre jaune ou de la fièvre typhoïde ; la fièvre bilieuse est une fièvre essentielle, de même ordre que la fièvre typhoïde, car, comme cette dernière, elle commence par un état général de l'ensemble, et si elle offre des localisations nombreuses, elles ne sont que secondaires à l'état général.

De l'emploi du sulfate de quinine comme moyen préventif et curatif du choléra-morbus, par M. Vial. (Union médicale, t. V, p. 582.)

L'auteur a obtenu d'heureux effets de l'emploi du sulfate de quinine. Né sur les bords marécageux du Gange, dit-il, le choléra se complaît et se développe surtout dans les vallées basses et humides. Avec cette origine et sa prédilection pour les cours d'eau et les lieux favorables aux affections intermittentes, il était

permis de lui supposer avec elles une analogie plus ou moins réelle.

Du choléra-morbus épidémique, par M. Enyrard. (Thèses de Strasbourg.)

Recherches sur le choléra-morbus, par M. Fremaux. (Saint-Cloud, imprimerie veuve Belin. 1re livraison, in-8°, 95 pages, avec planches.)

Mémoire sur la nature, le siége et le traitement du choléra, par M. Sérée. (Pau, in-8°, 21 pages.)

Observation et notes pour servir à l'histoire de la peau bronzée, par M. Chavanne. (Gazette médicale de Lyon, p. 31, et Lyon, in-8°, 20 pages.)

L'auteur publie une observation ayant pour titre : Maladie d'Addisson ; — Teinte légèrement bronzée limitée à la tête, au dos des mains, aux organes génitaux et aux mamelons ; — Autopsie, tuberculisation complète des deux capsules surrénales.

A la suite de cette observation, on trouve des remarques critiques sur différents points de la question.

De l'état actuel de nos connaissances sur les maladies d'Addisson, par M. Goeau-Brissonnière. (Thèses de Paris, n° 13.)

Traitement de l'anémie aiguë, par M. Jauze. (Edinburgh medical journal ; Gazette des hôpitaux, p. 495.)

D'après M. Jauze, il serait possible de prévenir le danger d'une mort immédiate, dans les hémorrhagies abondantes, en limitant d'une manière artificielle la circulation au tronc et à la tête. Pour cela il faut poser le corps horizontalement, élever les membres, comprimer les deux artères fémorales contre les éminences iléo-pectinées, et environner les membres de bandages résistants. La principale difficulté réside dans l'appréciation de la durée pendant laquelle la compression doit être maintenue, durée qui peut varier entre une demi-heure et douze heures.

De la chlorose des anciens, par M. Riez. (Thèses de Paris, n° 152.)

Chlorose chez les enfants, par M. Nonat. (Académie de médecine, 18 septembre.)

Dans les symptômes de la chlorose et de l'anémie il y a plutôt

une apparente analogie qu'une véritable ressemblance. — Quant à l'altération du sang, M. Nonat professe que dans la chlorose il y a seulement diminution des globules, tandis que dans l'anémie il y a une diminution corrélative et simultanée de tous les éléments du fluide sanguin. — La différence de la chlorose et de l'anémie ressort bien plus encore de l'étude des causes de ces deux affections. — L'anémie est un accident; elle est le résultat soit d'une hémorrhagie, soit d'une perturbation profonde de la nutrition, sous l'influence d'une maladie toxique, virulente, infectieuse ou organique. Dans l'anémie la force d'hématose demeure intacte. — La chlorose est inhérente à la constitution; elle est congénitale; c'est une sorte d'idiosyncrasie, une manière d'être résultant d'un fonctionnement défectueux des organes chargés de la sanguification. — La chlorose et l'anémie peuvent coexister chez le même sujet. Cet état complexe, ou *chloro-anémie*, s'observe chez les individus primitivement chlorotiques, qui ont subi d'abondantes déperditions sanguines ou qui sont atteints d'affections organiques avancées. — De la définition de la chlorose et de l'opinion qu'il a émise sur sa nature, il ressort évidemment qu'aux yeux de M. Nonat c'est une maladie essentielle, idiopathique. Quant aux chloroses dites *symptomatiques*, il les range, à titres d'espèces, dans la classe des anémies, c'est-à-dire parmi les altérations du sang qui reconnaissent pour cause l'introduction dans l'économie d'un principe toxique ou virulent. — L'auteur partage et défend l'opinion généralement adoptée aujourd'hui, à savoir que la chlorose est une affection commune aux deux sexes. — Il nie de la manière la plus formelle que la chlorose puisse être, chez la femme, la conséquence de la suppression ou de la rétention des règles. Ceux qui ont soutenu l'opinion opposée ont pris l'effet pour la cause. — Suivant M. Nonat, la chlorose n'est pas une maladie propre à l'âge pubère; c'est une maladie de tous les âges, et même, contrairement à l'opinion généralement accréditée, elle est plus commune dans l'enfance qu'aux autres périodes de la vie. — Il prouve par des chiffres que la chlorose s'observe dans l'enfance, et qu'on la rencontre dès les premiers mois de la vie (depuis la rédaction de ce travail, M. Nonat a eu l'occasion de l'observer chez une petite fille de cinq mois); qu'elle est commune aux enfants de l'un et de l'autre sexe; qu'elle est plus fréquente chez les filles que chez les garçons; que le nombre des enfants chlorotiques est assez considérable; l'auteur ne croit pas exagérer en établissant que les huit dixièmes des enfants sont affectés de chlorose. La chlorose est essentiellement héréditaire. Les accidents nerveux chlorotiques, si fréquents après l'âge de la puberté, sont très-rares dans l'enfance. — La chlorose exerce une influence fâcheuse sur le développement régulier de l'organisme. Les sujets chlorotiques

ont souvent une enfance pénible, ils subissent à un très-haut degré l'action des causes morbifiques; chez eux les maladies présentent un caractère remarquable d'adynamie, et les convalescences se montrent d'une longueur inusitée. — M. Nonat ne croit pas qu'il existe pour la chlorose un remède spécifique, ni même une médication véritablement curative. Selon lui, le fer est impuissant à remédier avec une entière efficacité à l'insuffisance de la force d'hématose. Cet état défectueux de l'économie ne peut être modifié que par le développement successif et régulier de l'organisme; c'est donc spontanément que la chlorose guérit le plus souvent. — C'est surtout en étudiant la chlorose chez les enfants qu'on ne tarde pas à se convaincre de la non-spécifité des préparations ferrugineuses. Chez tous les enfants qu'il lui a été donné d'observer, l'auteur s'est assuré que le traitement habituel de la chlorose ne fait qu'améliorer l'état de la constitution, sans relever complétement la force d'hématose. Mais si le fer n'est pas le spécifique de la chlorose, il en est jusqu'à présent le meilleur palliatif. Aussi convient-il d'y avoir recours, afin de venir en aide aux efforts curatifs de la nature. — Dans la méthode de traitement qu'il a coutume de suivre auprès des enfants chlorotiques, un grand rôle est attribué aux moyens hygiéniques.

De la chlorose, par M. Jame. (Thèses de Paris, nº 224.)

La chlorose et la métallothérapie, par M. Burq. (Union médicale, t. VII, p. 119.)

M. Burq rappelle les conclusions d'un précédent travail, conclusions que des recherches ultérieures ont, suivant l'auteur, pleinement confirmées. Les voici : La chlorose, ainsi que la dyspepsie qui la précède, n'est jamais que le symptôme d'un état ou d'une maladie nerveuse. Elle arrive consécutivement, et presque nécessairement, sous l'influence de phénomènes asthéniques ou négatifs, *anesthésie*, *amyosthénie*, *aménorrhée*, etc., qui caractérisent la plupart des affections nerveuses, et se guérit par n'importe quel agent qui ramène la sensibilité, la myotilité, la menstruation, etc., à des conditions normales. En cela, le fer à l'intérieur n'agit pas autrement que ce même métal à l'extérieur, ou une armature de fer. Une fois l'innervation bien rétablie dans tous les organes, la dyspepsie cesse, le tube digestif reprend toutes ses fonctions, et bientôt le sang retrouve, dans les aliments eux-mêmes, et pas ailleurs, tous les éléments nécessaires à sa reconstitution. — Il existe, dans les métaux, une propriété particulière qui, soit par l'électricité ou le magnétisme minéral, dont elle serait une modification, soit par toute autre cause qui nous échappe, les rend capables d'exercer une action spéciale directe

sur la force nerveuse, de l'attirer vers eux quand on les applique à la surface du corps, et de la mettre en mouvement lorsqu'ils sont donnés à l'intérieur sous une forme convenable. — Cette propriété variable pour les différents métaux et leurs alliages, attractive ou répulsive d'après les individus auxquels elle s'adresse, semble constituer presque tout autant d'aptitudes différentes qu'il existe de métaux. De là il résulte que, dans les mêmes conditions, tel malade éprouve de bons effets d'un métal à l'intérieur (fer) ou à l'extérieur, tandis qu'un autre qui se serait bien trouvé, au contraire, de l'usage d'un second métal, zinc ou cuivre par exemple, n'éprouve rien avec le premier, si même il ne lui arrive des accidents de son administration intérieure. L'ignorance de ces aptitudes, et d'ailleurs la presque impossibilité de les constater avant que les métaux fussent entrés dans la voie que nous leur avons ouverte, fut souvent nuisible à la science et aux malades, et il importerait qu'à l'avenir on pût éviter, dans l'administration de toutes les substances, sels et oxydes métalliques, les tâtonnements et l'empirisme. — Les applications extérieures des métaux sont très-propres pour cela, et désormais ces nouveaux agents, devenus, en outre, comme autant de pierres de touche (à de nouvelles choses, il faut de nouveaux mots, ou tout au moins étendre la signification de ceux qui existent), par l'heureuse analogie qui existe entre leur action extérieure et leur action intérieure, seront d'un grand secours, non-seulement pour nous éclairer dans le choix des anciennes formules, mais aussi pour nous aider sûrement à en créer de nouvelles.

Etude sur la chlorose, ordre et marche des phénomènes, mode d'action du fer dans son traitement, par M. Burq. (Gazette des hôpitaux, p. 402.)

Goître exophthalmique, par M. Aran. (Académie de médecine, 4 décembre.)

M. Aran rapporte dans tous ses détails une observation intéressante ; il la fait suivre de remarques qu'il résume ainsi : L'affection connue sous les noms de *goître exophthalmique*, *cachexie exophthalmique*, *maladie de Bassedow*, etc., etc., n'est essentiellement constituée ni par l'exophthalmie ni par le gonflement du corps thyroïde, mais bien par un état d'irritabilité du cœur et des artères du cou, auquel s'ajoute dans un temps extrêmement rapproché — car il est difficile de préciser l'intervalle qui sépare la production de ces deux ordres de faits — une dilatation avec hypertrophie du cœur et des gros vaisseaux du cou. — Cette dilatation avec hypertrophie du cœur et des artères du cou, non

plus que l'augmentation d'irritabilité du système circulatoire qui paraît la régir, ne peut être considérée comme étant la base, le point de départ de la maladie. — Précédant ces phénomènes ou coïncidant avec eux, il existe des troubles variés vers le système digestif, les appareils sécréteurs et le système nerveux qui ne peuvent laisser aucun doute sur un lien commun qui les unit et qui les généralise; ce lien paraît être un trouble du grand sympathique. — L'existence de ce trouble du grand sympathique est encore démontrée par le fait de la production de l'exophthalmie, qui, inexplicable par des dilatations vasculaires que l'anatomie pathologique n'a pas retrouvées, inexplicable également par l'hypothèse d'une hypertrophie du tissu cellulo-graisseux de l'orbite — hypothèse inconciliable elle-même avec la production rapide, dans certains cas, de ce phénomène, avec son absence dans d'autres, avec sa manifestation plus tranchée vers un œil que vers l'autre — s'explique, au contraire, très-bien par l'influence du grand sympathique, telle que l'ont démontrée les belles expériences de M. Cl. Bernard, influence qui se traduit par la contraction du muscle orbitaire, que les recherches de H. Muller ont montré exister chez l'homme comme chez les animaux et dont l'action est bien certainement de porter le globe de l'œil en avant. — L'affection nerveuse, appelée *goître exophthalmique*, *cachexie exophthalmique*, etc., etc., est une affection curable par un traitement suffisamment long et convenablement dirigé, ayant pour but à la fois de réveiller la contractilité des parois cardiaques et artérielles, de faire tomber l'irritabilité exagérée du cœur et des vaisseaux du cou, et de combattre l'état névropathique général qui lui sert de base, en même temps que l'altération du sang lorsqu'elle existe. Parmi les moyens thérapeutiques, ceux sur lesquels on peut le plus compter sont les applications longtemps continuées de glace sur la région du cœur, l'administration à doses réfractées et croissantes de la vératrine ou de la digitale, l'hydrothérapie, le séjour à la campagne, et, à une certaine époque de la maladie, les préparations ferrugineuses, et plus particulièrement le perchlorure de fer.

Du goître exophthalmique, par M. Trousseau. (Union médicale, t. VIII, p. 485.)

M. Trousseau a fait sur ce sujet des leçons sur lesquelles nous reviendrons dans notre prochain volume. Quant à la nature de cette affection, M. Trousseau dit : Pour moi, le goître est une névrose congestive; de plus, cette maladie est une entité morbide, parce qu'elle présente seule la triade symptomatique : palpitations cardiaques, congestions de la glande thyroïde et des globes oculaires. C'est une espèce pathologique de la grande classe

des névroses à marche paroxystique. Elle doit être nettement séparée des autres exophthalmies consécutives aux maladies organiques du cœur, et ne saurait être confondue avec le goître proprement dit de cause accidentelle ou de cause endémique. Les détails dans lesquels j'entrerai au chapitre du diagnostic différentiel me dispensent d'insister sur les caractères de chacune de ces affections.

Nouvelle observation de goître exophthalmique, par M. Ronzier-Joly. (Gazette des hôpitaux, p. 606.)

De l'urine et de ses principales altérations, au point de vue pathologique, par M. Sambuc. (Thèses de Montpellier, nº 26.)

De l'analyse médico-chimique des urines, par M. Hardy. (Archives générales de médecine, janvier, p. 80.)

Revue critique, dans laquelle l'auteur analyse divers travaux publiés sur les urines ; on y examine successivement, et au seul point de vue des méthodes de recherches chimiques, les substances les plus importantes contenues dans les urines normales ou pathologiques.

Nouvel urinomètre très-simple, et d'une extrême sensibilité, par M. Hamon. (Gazette des hôpitaux, p. 374.)

Note sur la présence de l'albuminose dans les urines, par M. Baylon. (Moniteur des sciences médicales, p. 649.)

Suivant l'auteur, l'albuminose existe dans l'urine normale. — On la retrouve dans la plupart des maladies. — Il est probable, d'après une seule expérience, il est vrai, que l'albuminose n'existe plus dans l'albuminurie, où elle serait remplacée par l'albumine.

Exemple de pneumo-urie, par M. Raciborski. (Gazette des hôpitaux, p. 263.)

Cette observation d'urine gazeuse a été prise sur un malade affecté de névropathie protéiforme avec prédominance des symptômes de l'hypochondrie.

Des principales altérations de l'urine, et des moyens physiques et chimiques employés pour les reconnaître, par M. Legué. (Thèses de Paris, nº 116.)

Influence des altérations valvulaires du cœur sur la quantité d'urine excrétée, par M. Kuhner. (Archiv fuer physiologische heilkunde; Gazette médicale, p. 786.)

En cas d'altérations valvulaires, la quantité d'urine sécrétée se comporte comme dans toutes les autres maladies chroniques. Cette quantité oscille entre des limites normales et éprouve une légère diminution dans les cas où il n'y a pas d'hydropisie. L'urine diminue quand l'hydropisie augmente, et *vice versâ*.

Ascite datant de quelques semaines, par M. Croskery. (Bulletin de thérapeutique, LIX, p. 182.)

Dilatation énorme du ventre. — Rupture spontanée des parois dans un point situé entre l'ombilic et le pubis. — Guérison.

Considérations sur les causes des hydropisies, par M. Perret. (Thèses de Paris, nº 112.)

De l'œdème et de ses variétés, par M. Whitehead. (Thèses de Paris, nº 157.)

Quelques succès obtenus dans le traitement de l'hydropisie ascite, par divers moyens, par M. Bertet. (Union médicale, t. V, p. 332.)

M. Bertet cite des hydropisies de natures diverses; il montre qu'on peut dans quelques cas les faire disparaître, mais que le succès dépend presque toujours du diagnostic et de moyens logiquement employés.

Du traitement de certaines ascites par les injections iodées, par M. Courtin. (Thèses de Strasbourg.)

Néphrite diphthéritique, par M. Bauer. (Gazette hebdomadaire, p. 171.)

Il y a eu chez le même malade urémie, leucémie, abcès articulaire, infiltration purulente de la cuisse.

Une observation de néphrite double et ataxie musculaire, par M. Nonat. (Gazette des hôpitaux, p. 309.)

De l'albuminurie, par M. Lorain. (Thèses de concours de Paris, J.-B. Baillière, in-8º, 130 pages et planches.)

Ce travail remarquable contient, dans différents chapitres, des considérations générales et historiques sur l'albuminurie, — l'histoire des urines albumineuses, — des conditions anatomiques

et physiologiques de l'albuminurie, — des conditions pathogéniques et étiologiques de l'albuminurie, — des indications diagnostiques et pronostiques fournies par l'albuminurie, — des indications thérapeutiques fournies par l'albuminurie.

La pensée dominante de cette thèse, très-complète, est ainsi formulée par M. Lorain : Dans l'état actuel de la science, les recherches de physiologie expérimentale sur la fonction urinaire, appuyées sur une connaissance profonde des éléments anatomiques et de la structure intime du rein, et confirmées par l'observation médicale, tendent à modifier considérablement la signification pathologique de l'albuminurie. Réduite à un phénomène souvent accidentel, toujours secondaire, peut-être explicable dans son essence par une théorie toute mécanique, l'albuminurie ne doit pas prendre rang dans une classification nosologique, et ne peut être considérée que comme un signe physique qu'il faut étudier dans l'état de santé comme dans l'état de maladie, et dont il reste seulement encore à mieux préciser les rapports avec les affections très-diverses et très-nombreuses dans lesquelles il est donné au médecin de l'observer.

Des conditions pathogéniques de l'albuminurie, par M. Jaccoud. (Thèses de Paris, n° 121.)

L'albuminurie (de cause non mécanique) reconnaît pour cause une déviation du type normal des mouvements nutritifs ; cette déviation consiste en une perturbation passagère ou durable dans les phénomènes d'assimilation et de désassimilation des matières albuminoïdes. Telle est l'idée, déjà émise, que M. Jaccoud défend avec une grande force d'argumentation.

Abstraction faite de celle qui se développe sous des influences toutes mécaniques, dit-il, l'albuminurie reconnaît pour cause une perturbation passagère ou durable des phénomènes nutritifs. A un trouble passager, correspond l'albuminurie dite *passagère ;* à un trouble durable, répond l'albuminurie persistante, dite *maladie de Bright chronique.* — Les lésions rénales n'ont qu'une importance secondaire ; une fois produites, elles aggravent les phénomènes et elles en accélèrent l'évolution, voilà tout. Donc, ce qui caractérise l'état morbide décrit par Bright, ce n'est point la lésion, elle manque souvent ; ce n'est point la durée plus ou moins longue de l'affection, c'est une donnée insuffisante ; ce n'est point sa gravité plus ou moins menaçante, elle dépend simplement de l'ancienneté du début, c'est le phénomène albuminurie. Le raisonnement et l'examen des faits nous conduisent donc à cette conclusion, à laquelle nous avait amené déjà l'étude des travaux d'anatomie pathologique pure, c'est qu'il n'existe entre l'albuminurie passagère et celle qu'on a décorée du nom

de maladie de Bright aucune différence de nature qui justifie une division tranchée ; il n'y a entre ces divers états que des différences de degré, c'est-à-dire d'âge et de gravité. Il n'y a aucune raison suffisante pour donner à l'un le nom de maladie de Bright, si on le refuse à l'autre. La séparation de ces états est complétement artificielle, car il est donné au médecin de les voir se succéder sous ses yeux, et si elle a été acceptée jusqu'ici sans contrôle, c'est à cause de l'importance fort exagérée que l'on a accordée aux altérations anatomiques du rein. — Ce que l'on décrit sous le nom de *maladie de Bright* ne nous présente aucun des caractères fondamentaux de la maladie : l'*essentialité* lui manque, car il apparaît toujours comme conséquence d'une maladie antérieure ; l'*immutabilité*, cet autre caractère de la maladie, qui consiste dans une évolution *propre, régulière* et *constante*, lui fait également défaut ; rien de fixe en effet, quant à la présence et à la nature de la lésion, ni quant à l'enchaînement et à la succession des troubles symptomatiques. Peut-être nous opposera-t-on les cas où l'albuminurie succède à l'impression du froid ; nous croyons cette exception plus apparente que réelle ; la plupart des observations se taisent sur la constitution de l'individu, sur son état de santé antérieur, et elles ne sauraient déposer en faveur du développement primitif et indépendant du phénomène. — Mais, si nous constatons ici l'absence des caractères qui *seuls* permettent de qualifier de *maladie* un état morbide déterminé, qui *seuls* en autorisent l'admission au rang des entités morbides, nous y trouvons présents, en revanche, tous ceux qui sont propres à l'*affection*, entre autres, le premier de tous, la subordination constante soit à une maladie antérieure, soit à un état constitutionnel ou diathésique appréciable. Nous refusons donc complétement le nom de maladie à l'état décrit par Bright ; nous ne pouvons y voir autre chose qu'une affection qui, comme l'endocardite rhumatismale, avec laquelle elle offre plus d'un rapport, peut être passagère et sans gravité ou permanente et mortelle, l'affection devenant alors plus grave que la maladie qui lui a donné naissance. Un sentiment de justice nous prescrivant d'ailleurs de faire entrer dans la terminologie de cet état morbide le nom de l'illustre médecin de Guy's hospital, ce sera pour nous l'*affection de Bright aiguë* ou *chronique*. Cette dénomination, conforme à la réalité des faits, a l'avantage de fixer la véritable place nosologique que doit occuper ce groupe de phénomènes, et d'en indiquer par là même les traits principaux ; elle rappelle en même temps l'identité de nature qui unit les diverses formes, caractère essentiel qui permet de concevoir et d'observer entre les cas les plus légers et les cas les plus graves une série non interrompue de transitions insensibles. Ces transitions constituent, nous le répé-

tons une dernière fois, autant de périodes différentes, et non point autant d'états morbides distincts. En juger autrement serait méconnaître, selon nous, les affinités naturelles les mieux établies, disons même les plus évidentes ; car il n'est pas une de ces diverses périodes qui, tout en modifiant aux yeux de l'observateur les manifestations symptomatiques, ne lui permette de reconnaître aisément la cause générale qui a produit l'affection tout entière ; il n'en est pas une qui n'en présente et n'en garde fidèlement l'empreinte. Cela est si vrai, que, lorsque la persistance du trouble fonctionnel a amené dans l'organe sécréteur des altérations matérielles, variables dans leurs caractères extérieurs, lorsque de nouveaux symptômes, tels que la diminution de l'albumine du sérum, l'accroissement de la quantité normale de l'urée, l'hydropisie, viennent révéler les modifications désormais permanentes des reins, il se fait dans le sang une prodigieuse accumulation de fibrine, témoignage irrécusable qui rappelle, à ce période ultime de l'affection, l'influence toute puissante des perturbations nutritives qui ont présidé à son développement initial.

Remarques pratiques sur des formes particulières de la maladie de Bright, par M. Barham. (Gazette médicale, p. 202.)

Cet article est extrait de *The Lancet*. L'auteur y traite les deux points suivants : 1° Identité de l'hydropisie, suite de scarlatine, avec la maladie de Bright ; 2° Forme purulente de la maladie de Bright, sans cylindres fibrineux dans les urines. — Les lésions anatomiques, la marche et la terminaison ne doivent laisser aucun doute sur l'identité de l'albuminurie scarlatineuse avec la maladie de Bright. Quand la scarlatine est la cause de cette affection, on a affaire à la forme aiguë : les urines sont rares, brunes, sales, parfois sanguinolentes. Plus l'éruption scarlatineuse est abondante, moins on a à redouter l'affection des reins : cette dernière n'est donc pas en rapport direct avec l'intensité apparente de l'intoxication scarlatineuse. Ces deux albuminuries étant identiques, le traitement devra être basé sur les mêmes principes, à savoir : diminuer l'état aqueux du sang (purgatifs drastiques) et la stase sanguine dans les reins (diaphorétiques, ventouses aux régions lombaires).

Dans une observation qui est rapportée, on voit chez un individu hydropique, présentant les symptômes de la maladie de Bright, on voit, disons-nous, l'urine être aussi évidemment purulente que dans la pyélite calculeuse, tandis que le microscope n'y découvrait aucun cylindre fibrineux. Le pus, dans ces cas, pourrait tenir ou à la transformation purulente des exsudats de l'inflammation ou à la suppuration du tissu interstitiel des

reins ; cette dernière forme serait incurable ; la première pourrait guérir, ou tout au moins la transformation purulente des exsudats plastiques est susceptible de cesser.

Albuminurie aiguë, par M. Fritz.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 90.)

Observation d'un homme qui a succombé au bout de trois semaines. L'épithélium rénal avait déjà subi la dégénérescence graisseuse, et il faut en conclure que les éléments épithéliaux sont eux-mêmes le siége d'un travail morbide, actif, intense. Il y avait à noter aussi une hypertrophie considérable du ventricule gauche, sans lésion valvulaire.

Foie et faux du cerveau chez une femme albuminurique, par M. Siredey.
(Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 298.)

Femme de trente-deux ans, albuminurique, n'ayant pas présenté de trace de phthisie. On a trouvé à l'autopsie, dans le foie et dans la faux du cerveau, des tumeurs d'un aspect particulier, ressemblant à du tubercule et peut-être à la syphilis.

Albuminurie traitée par l'infusion de fleurs de genêt, par M. Salone.
(Gazette des hôpitaux, p. 431.)

15 grammes pour un demi-litre d'eau, tous les jours, tel est le traitement qui a réussi à M. Salone dans un cas d'albuminurie. Le genêt avait déjà été préconisé en pareille circonstance par MM. Rayer et Bouchardat.

Traitement de l'albuminurie, par M. Corfe. (The Lancet et Gazette médicale de Lyon, p. 268.)

Si la maladie est récente, l'auteur conseille de pratiquer une petite saignée, et, deux heures après, d'administrer en trois doses, d'heure en heure, 15 grammes d'une infusion récente de digitale. Après un intervalle de vingt-quatre à trente-six heures, on répète la même dose, répétition qui peut avoir lieu trois et quatre fois. L'ingestion de chaque infusion doit être suivie de celle de boissons nitrées en abondance. — Si la maladie n'a pas cédé, que l'hydropisie augmente, que le dépôt albumineux devienne plus abondant, au lieu de s'exposer comme on le fait généralement à congestionner les reins déjà à demi-enflammés par l'usage des diurétiques salins, M. Corfe emploie l'élatérium, secondé par une application quotidienne de ventouses scarifiées sur la région lom-

baire, et une sudation le soir. La forme sous laquelle il donne le purgatif est celle-ci :

Extrait récent d'élatérium (concombre sauvage).	25	milligrammes.
Piment en poudre.....	10	centigrammes.
Gomme-gutte.....	15	—
Extrait mou de jalap.....	20	—

Pour faire deux pilules.

On donne une de ces pilules à six heures du matin, une seconde à huit, et s'il n'y a pas eu un effet purgatif considérable, on en fait prendre une troisième à neuf heures. Les vomissements et les évacuations qui résultent de cette médication, éprouvent beaucoup et alarment même d'abord le malade ; mais il est amplement dédommagé de ses souffrances et de ses angoisses, par la prompte diminution des symptômes. C'est au point que, très-souvent, il redemande instamment qu'on réitère ce traitement avant l'époque où le médecin juge convenable d'y recourir de nouveau. — Le régime devra être réparateur, animalisé. On prescrira, en même temps, des reconstituants tels que le fer, soit sous forme de sirop d'iodure, soit, et de préférence, mélangé à des boissons gazeuses. L'huile de foie de morue est aussi parfaitement indiquée.

Bons effets des diurétiques dans le traitement de l'albuminurie rénale, par M. Gairdner. (Edinburgh med. journal, mai ; Bulletin de Thérapeutique, LIX, p. 378.)

M. Gairdner a retiré de très-bons effets, dans l'hydropisie rénale simple, soit aiguë, soit chronique, de l'emploi un peu large des diurétiques salins, aidés quelquefois des préparations de fer ou de digitale. C'est le traitement le plus sûr et le plus efficace, tant contre l'hydropisie que contre l'albuminurie elle-même.

Note sur des phénomènes insidieux dus à l'albuminurie et sur le traitement de la chlorose albuminurique, par M. Guépin. (Bulletin de Thérapeutique, LVIII, p. 169.)

L'auteur cite différents cas où il existait des œdèmes et des amblyopies, avec de l'albumine dans les urines. La formule générale du traitement employé par M. Guépin, en pareil cas, est la suivante. — Prendre tous les jours 1 litre de la tisane suivante :

Pr. Eau gommeuse.....	1,000	grammes
Acide azotique, d'abord.....	30	gouttes.
Et ensuite.....	40	—

De plus, à chaque repas, il fait prendre dans la boisson ordinaire une cuillerée à café de la potion suivante :

Pr. Eau	100	grammes.
Iodure de potassium	3	—
Chlorhydrate d'ammoniaque	1	—
Tartrate ferrico-potassique	1gr,50	

Tannin à haute dose dans l'anasarque albumineuse. (Gazeta med. et Union médicale, avril.)

Une observation de guérison obtenue par le tannin à haute dose. (Voir l'*Annuaire*, t. III, p. 307.)

Formule d'une potion contro-stimulante contre les suffusions séreuses et les pneumonies, par M. Hiard. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 23.)

Contre les suffusions séreuses qui résistent aux purgatifs, aux vésicatoires et à la digitale ; — contre les pneumonies dont la résolution ne marche pas franchement, l'auteur emploie la potion suivante :

Pr. Teinture de digitale	15	gouttes.
Teinture de castoréum	25	—
Camphre dissous	30 à 40	centigrammes.
Eau de fleurs d'oranger	30	grammes.
Eau de menthe poivrée	30	—
Sirop d'orgeat	60	—

A prendre par trois ou quatre cuillerées chaque jour.

Anasarque, par M. Trousseau. (Gazette des hôpitaux, p. 577.)

Une observation ainsi résumée : — Epanchement thoracique. — Insuffisance tricuspide. — Cirrhose hépatique. — Cancer du péritoine et des ovaires. — Embolie pulmonaire.

Nouvel instrument pour prévenir l'introduction de l'air pendant l'opération de la paracentèse, par M. Russel. (The Dublin quarterly journal of med. science, février 1860; Bulletin de Thérapeutique, LVIII, p. 374.)

Cet instrument se compose d'un appareil très-simple d'aspiration, composé d'un cylindre creux, en caoutchouc, de 18 centimètres de longueur sur 3 de diamètre, qui est muni à chacune de ses extrémités d'une soupape à boule. Grâce à ce mécanisme, le cylindre agit comme une pompe, quand l'opérateur, le tenant

verticalement dans sa main, le serre et le laisse se relâcher par des mouvements alternatifs. Des deux bouts de ce cylindre partent deux tubes en caoutchouc. L'un conduit dans une bassine le liquide évacué, l'autre est terminé par un tube d'argent, d'un volume tel qu'il remplisse la canule du trocart; ce tube est percé, dans la longueur de 3 centimètres à partir de son extrémité, de trois rangées de petits trous. — L'emploi de cet instrument se comprend aussi aisément que ses avantages. La ponction étant faite, et le trocart retiré, on enfonce le tube d'argent dans la canule; on l'y pousse assez pour que son extrémité percée de trous plonge dans le liquide à évacuer. Alors, par des mouvements alternatifs exercés sur le cylindre de caoutchouc, l'opérateur extrait le liquide.

Amaurose albuminurique, par M. Delaire. (Gazette des hôpitaux, p. 10.)

Amaurotique traité par divers médecins, sans aucun résultat. Bien qu'il n'y eût pas d'œdème, M. Delaire examina les urines, et les trouva albumineuses; il a institué le traitement de la maladie chronique de Bright, sans s'occuper des yeux. Ce cas paraît intéressant, dit l'auteur, parce que :—1° Quoique datant de cinq ans au moins, on n'observe encore aucune trace d'hydropisie ;— 2° La santé du malade est excellente, je ne dirai pas grâce aux traitements, mais mieux malgré les traitements ; — 3° Il prouve une fois de plus que le praticien ne peut plus s'en tenir à la vague dénomination d'amblyopie ou d'amaurose, appliquée à l'affaiblissement ou à la perte de la vue. On peut, on doit aujourd'hui localiser le mal, étudier les altérations des diverses membranes oculaires ; car il devient de plus en plus problématique s'il existe des amauroses essentielles, c'est-à-dire qui ne trouvent leur explication soit dans une altération de l'organe de la vue, soit dans une affection du cerveau.

De la valeur pronostique de l'amaurose dans l'albuminurie, par M. Roche. (Bulletin de la Société de médecine de Besançon, n° 9.)

L'auteur a analysé quinze cas d'albuminurie : il a observé sept cas de guérison sans amaurose et sur huit cas de mort, sept fois l'amaurose existait. Donc, si un phénomène a été fréquent dans les cas mortels, c'est l'amaurose bien plus encore que l'éclampsie.

Amaurose albuminurique, par M. Magne. (Société de médecine pratique; Gazette des hôpitaux, p. 111.)

M. Magne, en examinant les yeux, constate de petits points blancs, floconneux; sur la rétine, des sortes de papules. Il dia-

gnostique une amaurose albuminurique, et, en effet, on trouve de l'albumine dans les urines. L'amaurose et l'albuminurie ont cessé comme par enchantement en quelques jours, par suite d'un traitement consistant dans les purgatifs, le raifort et les viandes grillées.

Note sur les altérations de la vision liées à l'albuminurie, par M. Hamon. (Union médicale, t. VII, p. 422.)

Cet article contient un court résumé de l'histoire de l'amaurose albuminurique; puis l'auteur insiste sur le traitement, qu'il formule ainsi : Le traitement de l'amaurose albuminurique doit évidemment être subordonné à la nature de l'affection oculaire. Est-elle d'une essence congestive? Les saignées locales sont rationnellement indiquées. Est-elle sous la dépendance d'altérations morbides rétiniennes ? Elle ne peut guère réclamer, je crois, que des moyens agissant sur l'ensemble de l'organisme, et dirigés à l'adresse de la maladie primaire. Est-elle d'une essence purement dynamique, et il doit en être le plus souvent ainsi, quand surtout la complication est prise dès son début, il convient de l'attaquer avec vigueur, et avant qu'elle ait eu le temps de prendre racines, ou de donner lieu à quelque lésion matérielle. C'est sur cette forme particulière de l'amaurose que M. Hamon appelle l'attention et recommande la méthode perturbatrice, non sans restriction toutefois ; si, dit-il, je n'avais point lieu de me croire parfaitement sûr de la nature purement essentielle de la maladie, si je pouvais avoir à redouter les chances d'une congestion oculaire ou encéphalique, conséquences nécessaires des secousses produites par les vomitifs, je débuterais par l'administration de 10 à 15 grammes de bicarbonate de soude. Si les troubles visuels étaient sous la dépendance unique d'une congestion oculaire ou cérébrale, cette médication aurait pour effet à peu près certain de produire dans l'état du malade une modification avantageuse. Si, sous son influence, aucune amélioration n'a été obtenue du côté des organes de la vision, on est à peu près certain ou que ces dernières sont le siège d'une altération morbide, ou que les troubles observés sont d'une essence purement dynamique. Dans l'un et l'autre cas, on peut sans danger avoir recours à la médication perturbatrice. Que si les antécédents du sujet, son habitude extérieure, les phénomènes morbides concomitants, etc., permettent, en dehors de tout examen ophthalmoscopique impossible, d'adopter cette dernière supposition, on pourra se croire fondé à recourir aussitôt à cette méthode de traitement, sans imposer, au préalable, au sujet une spoliation organique, qui aurait pour effet de l'affaiblir encore sans utilité. — Voir page 254.

Essai sur les convulsions albuminuriques, par M. Hamon. (In-8°, 20 pages. — Extrait de l'Abeille médicale.)

Des accidents nerveux de l'urémie, de leurs causes, de leur mode de production et de leur diagnostic différentiel, par M. Aran. (Gazette des hôpitaux, p. 277.)

Ces leçons ont été recueillies par M. Siredey; elles contiennent, outre l'histoire de l'urémie, une observation d'hydronéphrose et convulsions toniques suivies de mort chez un jeune enfant. — L'empoisonnement urémique manifeste son action sur l'organisme de deux manières bien différentes : tantôt d'une manière aiguë, rapide, tantôt d'une manière lente ou chronique.— Dans la forme chronique, les symptômes sont peu accusés. Les malades se plaignent de malaise, d'agitation, d'une gêne assez marquée de la respiration, et surtout d'une céphalalgie plus ou moins vive, qui peut varier depuis la simple lourdeur et l'accablement jusqu'à une douleur atroce, térébrante, mais toujours très-limitée dans ce cas, et n'occupant souvent qu'une bosse frontale, par exemple; troubles de l'intelligence et des sens. — Dans la forme aiguë ou rapide, le plus ordinairement consécutive à la première, ou débutant quelquefois d'emblée, les accidents se manifestent de quatre manières différentes, que l'on divise de la manière suivante : — *a*. Forme comateuse. — *b*. Convulsive intermittente. — *c*. Convulsive et comateuse. — *d*. Délirante. — Quant aux théories émises sur cette complication de l'albuminurie, M. Aran n'est pas exclusif; sans dire que ce soit à l'urée ou au carbonate d'ammoniaque que sont dus les phénomènes toxiques de l'urémie, il croit que ces accidents apparaissent quand une fonction aussi importante que celle du rein vient à être détruite, alors que les produits sécrémentiels ne sont plus éliminés. Peu nous importe donc que ce soit à l'une ou à l'autre de ces substances que soient dus les accidents. Pour diagnostiquer un empoisonnement urémique, il faut tenir grand compte des antécédents, et surtout de l'examen des urines, et rechercher non-seulement si elles contiennent de l'albumine, mais évaluer leur poids spécifique.

Etude sur les accidents urémiques, par M. Michel. (Thèses de Strasbourg.)

Remarques cliniques sur l'urémie, par M. Jaksen. (Gazette hebdomadaire, p. 846.)

Néphrite albumineuse avec accidents cérébraux, par M. Briquet. (Gazette des hôpitaux, p. 313.)

On voit, dans cette observation, des phénomènes qui devaient

faire supposer l'existence d'une hémorrhagie cérébrale avec ramollissement : l'autopsie ne révèle aucune de ces lésions ; mais on diagnostique alors une maladie de Bright, à laquelle les symptômes cérébraux peuvent être rapportés. L'ignorance complète des antécédents avait été cause de l'erreur.

De l'anurie comme cause d'accidents cérébraux, par M. Cahours. (Thèses de Strasbourg.)

Des affections intestinales urémiques, par M. Freitz. (Vierte Gahrschrift fur die praktische heilkunde; Gazette médicale, p. 802.)

Lorsqu'il existe un obstacle quelconque à la sécrétion de l'urine, les matières excrémentitielles et particulièrement l'urée s'amassent dans le sang. — La même chose a lieu par suite de la résorption de l'urine sécrétée. — La présence de l'urée en grande quantité dans le sang constitue un phénomène pathologique important ; elle détermine ou favorise un travail exsudatif des divers organes. — L'urée passe du sang dans toutes les sécrétions. — Elle abonde surtout à la surface de la muqueuse intestinale. — Là, par le moyen des liquides intestinaux, l'urée est transformée en carbonate d'ammoniaque. — Ce dernier produit l'irritation, le ramollissement, le catarrhe, l'excoriation et la destruction dysentérique des tuniques intestinales : beaucoup de formes de la dyssenterie ont cette origine. — La résorption de l'ammoniaque par le canal intestinal a pour effet un empoisonnement ammoniacal du sang, l'*ammoniémie*. — Cette dernière se produit aussi directement par la résorption de l'urine ammoniacale. — L'empoisonnement du sang par les substances précédentes n'a des suites graves que lorsque leur expulsion par les organes excréteurs normaux est entravée.

Affections urémiques de l'intestin, par M. Luton. (Gazette hebdomadaire, p. 166.)

M. Luton a exposé dans sa thèse (Des séries morbides) des idées conformes à celles de M. Freitz ; il tient à constater qu'il avait énoncé son opinion longtemps avant que le travail de M. Freitz fût connu en France, et, d'après le rapprochement des dates, probablement avant que M. Freitz eût publié ses recherches en Allemagne.

Etude sur les notions physiologiques qui peuvent servir à l'histoire médicale du diabète sucré, par MM. Corvisart et Worms. (Union médicale, t. VII, p. 193 et 258.)

Ce travail est une revue critique des recherches physiologiques

les plus récentes sur la production du sucre; il paraît avoir été entrepris à l'occasion de l'ouvrage de M. Schiff: Untersuchungen uber Zuckerbildung in der Leber und den Einflux Nervensystems in der Hervorzeugung den Diabètes, 1859; c'est-à-dire : Recherches sur la formation du sucre dans le foie, et sur l'influence du système nerveux dans la production du diabète.

C'est de cet ouvrage surtout que s'occupent MM. Corvisart et Worms. — Le premier chapitre est destiné à donner la preuve de la formation du sucre dans le foie, et contient peu de choses nouvelles propres à l'auteur. — Le second chapitre est riche en nouveautés scientifiques; c'est là que Schiff expose les expériences qui l'ont amené à penser qu'il y a un ferment spécial à l'existence duquel est indissolublement liée la production du sucre dans le foie, et dont l'absence frappe d'immobilité, dans cet organe, la substance amylacée glycogène. — Faisant à la pathologie l'application de ces idées physiologiques, M. Schiff émet l'hypothèse logique, que certains cas de diabète pourraient être dus à l'augmentation en quantité ou en énergie du ferment normal. — Celui-ci, devenu extrêmement actif, transformerait en sucre tous les produits de l'organisme susceptibles de passer à cet état chimique. — Afin de préserver l'économie de cette usure épuisante, il faudrait nourrir les malades avec des substances féculentes, car il importerait surtout de fixer et d'épuiser, sur ces matières venues du dehors, l'excès de ferment, et de ménager ainsi la substance organisée vivante.—Par des expériences différentes decelles de M. Bernard, M. Schiff prouve aussi que dans le diabète, l'apparition du sucre en excès provient du foie; il a reconnu, en outre, que le sucre en excès dans le sang pour le diabète artificiel, vient d'un excès de la formation du sucre dans le foie. — Quelle est la nature de l'altération nerveuse en vertu de laquelle la piqûre amène le diabète? — M. Schiff a cherché à démontrer que les nerfs qui (sous le nom de vasculo ou vaso-moteurs) régissent la contraction des vaisseaux dans les organes abdominaux, partent des couches optiques et des pédoncules cérébraux, se réunissent dans la moelle allongée, où ils sont côte à côte avec les nerfs vaso-moteurs du reste du corps, puis descendent dans le canal antéro-latéral en s'éloignant les uns des autres, quittent enfin la moelle, traversent les ganglions du cordon spinal, et en dernier lieu se terminent dans les organes abdominaux, sur les vaisseaux desquels ils exercent leur action. — A ces nerfs M. Schiff fait jouer un grand rôle dans la production du diabète. — La piqûre du quatrième ventricule, dit-il, produit le diabète, parce qu'elle irrite les nerfs vaso-moteurs, d'où résulte la dilatation des vaisseaux du foie, et comme conséquence l'hypersécrétion. — M. Schiff répète souvent que la piqûre du quatrième ventricule n'a rien de spécifique ; il montre qu'il n'est pas même nécessaire de blesser une partie du

cerveau ou de la moelle allongée pour produire le diabète, car ce physiologiste produit d'une manière immédiate cet état morbide par une blessure de la moelle épinière elle-même.—Cette blessure remarquable consiste à couper les cordons postérieurs de la moelle cervicale des mammifères, en respectant les cordons antérieurs.

M. Schiff explique le phénomène en disant que le fait de la section détermine dans la partie supérieure des cordons postérieurs une irritation (identique à celle que détermine la piqûre du quatrième ventricule); cette irritation est transportée d'une manière réflexe aux origines des nerfs vaso-moteurs dans le cerveau, ceux-ci dont la continuité est partout intacte, car ni le cerveau, ni la moelle allongée, ni les cordons antérieurs de la moelle cervicale n'ont été lésés, la transmettent au foie. — Le diabète produit par la piqûre du quatrième ventricule et les lésions analogues, lésions dont la dernière est la pus remarquable, est, suivant M. Schiff, d'une espèce spéciale, c'est le diabète irritatif. — Ce diabète est toujours très-fugace; tandis que le diabète paralytique, s'il existe, sera très-tenace; or, ce diabète paralytique, M. Schiff dit l'avoir découvert; il se produit quand on coupe les cordons antérieurs de la moelle, c'est-à-dire le faisceau des nerfs vaso-moteurs. — La section doit être faite au niveau de la quatrième vertèbre cervicale, soit en un point plus rapproché du bulbe.— Les vaisseaux du foie, privés des nerfs vaso-moteurs, se laissent alors distendre, gorger de sang hyperémié, les animaux deviennent diabétiques. —Le diabète paralytique ainsi produit est bien différent du diabète irritatif toujours si fugace; car il dure des jours, des semaines.

Le livre de M. Schiff a été aussi très-convenablement analysé par M. Lereboullet, dans la Gazette médicale, p. 294.

Diabète, par M. Pavy. (Guy's hospital reports, t. V, 3e série; Archives générales de médecine, juillet, p. 94.)

M. Pavy a fait un grand nombre de fois la section de différentes parties du grand sympathique; ce qu'on peut conclure de ces expériences, dégagées des théories de l'auteur, c'est que la section de certaines parties du grand sympathique donnent lieu à un diabète des plus prononcés.

Etudes sur le diabète, par M. Griesinger.
(Archiv. fuer physiologische heilkunde. Gazette médicale, p. 207.)

C'est sur 225 observations relevées, pour la plupart, dans différents auteurs, que sont basés les résultats suivants : Une nourriture trop exclusivement végétale exerce une influence marquée sur la production du diabète. Sur 225 diabètes, 20 étaient dus à une cause traumatique : la maladie doit alors être attribuée à l'ébranlement général du corps plutôt qu'à une lésion cérébrale.

Il y a eu 76,4 hommes diabétiques pour 23,5 femmes. C'est de 20 à 40 ans qu'il y a eu le plus de malades des deux sexes. L'auteur a confirmé ce que nous savions sur la fréquence des tubercules et l'existence des gangrènes. Le diabète est plutôt une maladie fonctionnelle qu'une affection produite par telle ou telle lésion organique. Les alcalis et un régime animal sont le seul traitement convenable.

Sur l'influence de quelques boissons sur la quantité de plusieurs matériaux de l'urine dans le diabète sucré, par M. Rosenstein. (Archiv f. path. anat. u. phys., t. XIII, nos 4 et 5; Union médicale, t. V, p. 190.)

Un diabétique a servi à ces expériences, faites avec beaucoup de soin. Les principaux résultats obtenus sont les suivants (le régime était toujours le même ; mixte, c'est-à-dire plus exclusivement azoté). — *Café*. Augmentation du chlorure sodique et du sucre; diminution de l'urée. — *Bière de Bavière*. Augmentation considérable du chlorure de sodium; augmentation du sucre, mais moindre qu'avec le café; légère diminution de l'urée. — *Vin*. (Bordeaux additionné d'alcool; madère; bordeaux pur.) Augmentation du sucre; augmentation légère du sel; légère diminution de l'urée. Plus le vin était alcoolique, moins la quantité de sucre était augmentée. — *Acide tartrique*. Augmentation du sucre; légère du sel; diminution de l'urée. Pendant un état fébrile modéré, le sel retombait à la quantité normale; l'urée diminuait, tout en dépassant encore la proportion physiologique; mais le sucre était excrété en quantité beaucoup moindre. — La température du malade a été soigneusement prise. Elle était moindre que celle d'un homme sain, mais s'élevait pendant l'état fébrile. Il n'existait, d'ailleurs, aucune relation positive entre la température et la fréquence du pouls et de la respiration.

Formules contre le diabète sucré, par M. Hill-Hassal. (Bulletin de Thérapeutique, LVIII, p. 405.)

Deux formules, faites pour un malade qui avait été mis à un régime duquel les farineux avaient été prescrits. Dans ces formules, il y a de la teinture d'opium camphrée, de l'acétate de potasse, de la quassia amara et du sirop d'écorces d'oranges.

Diabète spontané; lésion du quatrième ventricule, par M. Luys. (Société de biologie, avril; Gazette médicale, p. 384.)

Homme de cinquante ans, diabétique depuis deux ans, mort de phthisie pulmonaire. La paroi antérieure du quatrième ventricule a été trouvée ramollie, vascularisée, offrant une coloration brunâtre, plus marquée par places. Cette coloration était due à

une dégénérescence particulière de toutes les cellules nerveuses, qui étaient remplies de granulations jaunâtres ; elles étaient déchiquetées sur leurs bords, la plupart étaient à moitié détruites et ne présentaient plus que quelques fragments à peine reconnaissables. Il va sans dire que toutes les connexions des cellules entre elles avaient complétement disparu. — Il ressort de cette observation : qu'il existait une lésion non traumatique bien réelle et profonde des parois du quatrième ventricule : — Que cette lésion consistait dans une destruction moléculaire des éléments histologiques, et que leurs débris, chargés de granulations jaunâtres, donnaient à la paroi du quatrième ventricule la coloration spéciale que nous avons signalée ; — Que cette lésion, dont l'organisme seul avait fait les frais, correspondait précisément aux points que la physiologie expérimentale et l'étude des lésions traumatiques de la région cervicale postérieure ont signalés comme doués de la propriété d'amener l'exagération de la fonction glycogénique du foie, et par suite le passage du sucre dans les urines.

Diabète sucré, par M. Lancereaux.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 221.)

L'auteur note l'altération de la surface ventriculaire et plus particulièrement du quatrième ventricule. — Altération des yeux.

Cas de diabète sucré traumatique, par M. Plagge. (Archiv f. path. anat. u. physiol., t. XIII, n° 1.)

Un garçon de seize ans reçut sur l'occiput un coup qui ne détermina aucun phénomène, si ce n'est une bosse sanguine. Trois jours après, le malade se plaignit d'amblyopie, et d'une violente sensation de soif et de faim, et dit qu'il urinait beaucoup. L'urine était jaune pâle, faiblement acide, d'une pesanteur spécifique de 1,043 et renfermait une grande quantité de sucre. Rien au foie. On prescrivit le tannin et l'opium avec le régime animal. Après huit jours, pas de changement, mais, dans la semaine suivante, pendant l'administration du même régime, du bicarbonate de soude, quatre grammes par jour, et de la glace à l'intérieur, tous les symptômes cédèrent peu à peu ; cependant il restait encore pendant deux mois une polyurie simple, sans sucre.

De l'influence du système nerveux dans la production du diabète ; applications thérapeutiques qui en découlent, par M. Fauconneau-Dufresne. (Gazette hebdomadaire, p. 133.)

L'auteur rappelle les recherches de M. Bernard, et faisant jouer au système nerveux le principal rôle dans la production du diabète, il veut qu'on s'attache à fortifier le grand sympa-

thique, parce que ses fonctions sont continues et ne pas exciter le système cérébro-spinal qui a sous sa domination les sécrétions actives, sécrétions dont la nature est intermittente. — Il n'y a pas de spécifique pour le diabète; les indications à remplir varient avec chaque malade.

Observation de diabète simulé par une jeune fille, par M. Sée. (Société médicale des hôpitaux de Paris, 12 septembre; Union médicale, t. VIII, p. 61.)

M. Sée a rapporté l'histoire d'une jeune fille névropathique, chez laquelle on avait cru reconnaître un diabète. M. Sée eut recours aux analyses chimiques pour retrouver le sucre dans les urines. — Trois moyens furent employés à cet effet : la liqueur cupro-potassique ; en deuxième lieu, la potasse caustique ; et en troisième lieu, l'aréomètre ; les deux réactifs ne donnèrent pas de traces de sucre, mais la densité révélée par l'aréomètre, étant 1,065, parut d'autant plus étrange que l'urine était claire, limpide, et ne contenait qu'une quantité normale d'acide urique et d'urates ; il fallut trouver la raison de cette pesanteur spécifique tout à fait anormale, et dans ce but, on procéda à une nouvelle analyse de l'urine restante, qui avait séjourné pendant toute une nuit dans le laboratoire. Quel ne fut pas notre étonnement de constater alors des quantités appréciables de sucre, se révélant à l'aide de la potasse et de l'ébullition, par sa coloration brune habituelle ; le saccharimètre vint à son tour en confirmer l'existence. Voici ce qui s'était passé : — Du sucre de canne avait été ajouté à l'urine; ce sucre ne se modifiant ni par la potasse caustique à chaud, ni par la liqueur cupro-potassique, ne put être reconnu par ces réactifs; mais quand la fermentation vint à se développer sous l'influence des matières épithéliales contenues dans l'urine, le sucre de canne se transforma en sucre interverti, et dès lors se colora par la potasse.

Ainsi, l'aréométrie avait mis le chimiste sur la voie de la vérité ; la réaction par les alcalis caustiques compléta la démonstration. — La chimie révéla un diabète simulé.

Le diabète cause de cataracte, par M. France. (Gazette hebdomadaire, mai.)

La cataracte des diabétiques, qu'elle soit ou non un effet de l'affection générale, revêt-elle, sous l'influence de celle-ci, des caractères particuliers ? — M. France a résolu cette question affirmativement et résume en ces termes les particularités des cataractes diabétiques venues à sa connaissance. Elles se sont toujours montrées symétriquement des deux côtés, envahissant

séparément diverses zones du cristallin, entre lesquelles il restait des parties transparentes. Elles étaient très-volumineuses, et proéminaient fortement dans la chambre antérieure et quelquefois au point d'entraver les mouvements de l'iris. D'après ce caractère et d'après leur couleur, on pourrait présumer que toutes ces cataractes étaient molles, et dans deux cas ce diagnostic a été vérifié par l'opération, bien qu'il s'agît de sujets âgés de quarante ans environ. Elles se sont toutes développées à une période avancée du diabète. Dans tous les cas enfin, les autres parties des yeux étaient saines. — La plupart des observations faites jusqu'ici par différents auteurs sont relatives à des cataractes molles ; un seul point les fait différer de celles observées par M. France ; l'opacité du cristallin était d'abord centrale et s'est ensuite peu à peu étendue à la périphérie, tandis que dans les cas de M. France elle a toujours affecté au début la forme étoilée. Mais cette exception à la description générale de M. France n'est pas la seule. M. Guersant a opéré un enfant diabétique, d'une cataracte étoilée au début, développée dans une période avancée du diabète, mais qui présentait la particularité d'être dure.

Diabète occasionné par une hyperémie du foie, à la suite d'une fièvre intermittente paludéenne, par M. Burdel. (Union médicale, t. VIII, p. 338.)

L'auteur rapporte une observation que le titre résume d'une manière suffisante. Ajoutant quelques réflexions, il dit qu'en premier lieu, la glycosurie n'est due qu'à l'impression profonde qu'a éprouvée le système cérébro-spinal, sous l'influence de l'agent tellurique palustre ; mais peu à peu le foie s'hyperémie et, à chaque ondée hyperémique qui vient frapper cet organe, une autre cause vient s'ajouter à la première pour produire la glycosurie, c'est-à-dire qu'avec les troubles nerveux, la sécrétion glycosurique augmente et s'établit définitivement lorsque le foie est hypertrophié.

Dans la première phase de la maladie, tant que l'organisme reste sous l'influence de l'agent paludéen, la glycosurie n'a lieu pour ainsi dire que par le débordement du sucre dans les urines, débordement résultant de la perturbation produite dans l'organe sécréteur par les nerfs qui président à cette sécrétion, tandis que, dans la seconde et la troisième phase, pendant la période hyperémique et hypertrophique du foie, la glycosurie est due à l'exagération de sécrétion du sucre par l'organe lui-même. Aussi, le sucre est-il en excès dans les urines et sa quantité est-elle double pendant cette seconde période.

De la polyurie et de la glycosurie traumatiques, par M. Fischer. (Union médicale, t. V, p. 306.)

M. Fischer rapporte l'observation d'un homme qui a succombé à des fractures multiples du crâne. Les lobes antérieurs du cerveau étaient le siége d'une violente contusion ; au bulbe et dans les parties voisines, on n'a trouvé aucune altération ; toutefois, il est possible qu'il y eût compression de la moelle allongée par suite de la fracture de l'apophyse basilaire. Quoi qu'il en soit, cet homme avait eu depuis son accident de la polyurie et de la glycosurie.— L'auteur voudrait qu'on étudiât davantage la glycosurie comme symptôme des fractures du crâne. Le diabète traumatique a une durée assez courte et se termine par la guérison, si les lésions du crâne ne sont pas mortelles; enfin, son caractère important est la différence sensible qui existe dans la proportion de glycose, toujours très-faible, et ne dépassant guère de 2 à 5 grammes par 1,000 grammes d'urine.

M. Fauconneau-Dufresne a fait suivre ce travail de quelques réflexions touchant les recherches récentes sur le diabète traumatique.

Observation de polydipsie consécutive à une commotion cérébrale, par M. Moutard-Martin. (Union médicale, t. V, p. 115.)

Un homme de vingt-sept ans fait une chute sur la tête et perd connaissance pendant onze jours; il avait une plaie profonde sur la bosse frontale droite. Il sort de l'hôpital quand la plaie est cicatrisée ; mais il conserve de la céphalalgie, une grande faiblesse et une légère hémiplégie du côté droit. On apprend que le malade boit et urine jusqu'à 25 litres de liquide par jour, phénomène qu'il n'avait jamais présenté avant son accident.— L'urine ne contient pas de sucre. — M. Moutard-Martin combat d'abord cette polydipsie au moyen des préparations de valériane ; mais le malade n'en éprouvant aucune amélioration, il fit poser à la nuque un séton. Au bout de quelques jours les symptômes de paralysie et de polyurie diminuèrent simultanément jusqu'à la disparition complète. — Ce succès est attribué au révulsif; la polydipsie ainsi que les phénomènes nerveux sont placés par M. Moutard-Martin sous l'influence d'une lésion du centre nerveux, produite par la chute.—M. Moutard-Martin n'a pas trouvé dans la science d'observation semblable ; il rapproche ce fait des cas de diabète sucré causé par une lésion d'un point déterminé du cerveau.

Nous devons rapprocher de l'observation précédente :

Un cas rapporté par M. Baudin, dans sa thèse (1855), reproduit dans la Gazette des hôpitaux, 25 février ;

Une observation inédite publiée par M. Charcot (Gazette hebdomadaire, 3 février);

Et enfin, un cas communiqué à la Gazette des hôpitaux, p. 118, par M. Debrou. Cette observation a pour titre : Chute sur la tête d'un lieu élevé, accidents graves; polydipsie et polyurie sans glycose.—L'honorable chirurgien d'Orléans fait à ce propos quelques remarques : Il existe sept observations de polydipsie traumatique; en les comparant, on trouve que le début de la polydipsie a eu lieu une fois le quinzième jour après la contusion cérébrale; une fois le neuvième jour; une fois le cinquième jour; une fois le troisième; une fois le deuxième; une fois le jour même de l'accident. — La durée de la polydipsie a été une fois de 6 mois; une fois de 3 mois; une fois de 6 semaines; une fois de 3 semaines et plus, sans assignation exacte du terme; une fois de 15 jours; une fois de 9 jours; une fois de 7 jours, ce qui a été la durée la plus courte; mais la mort arriva, et c'est le seul cas qui a été suivi de mort. — Le maximum des boissons ingérées par chaque malade en vingt-quatre heures, a été de 6, 13, 14, 20, 25, 30 litres. — Dans quatre de ces cas, les urines n'ont pas renfermé de sucre. Dans trois cas, il y en a eu une fois très-peu, et pendant quelques jours 3gr,25 pour 1,000 grammes d'urine.—Dans un second cas, il y a eu du sucre pendant les 15 premiers jours, et la polydipsie avec polyurie se prolongea pendant 5 mois 1/2 encore après. — Dans le troisième cas, le sucre disparut après 3 semaines. — Sans les expériences de M. Cl. Bernard, on n'aurait pas pu comprendre qu'une contusion ou un ébranlement du cerveau pût amener la polydipsie et la polyurie. — Les faits nouvellement publiés de polydipsie polyurique tendent à montrer la relation très-grande qui existe entre les deux formes de diabète autrefois admises, *diabète* vrai ou *sucré*, *diabète insipide* ou polydipsie. Dans certains cas, la présence du sucre est transitoire, et la polyurie persiste seule. Et d'ailleurs, le même genre de cause, une contusion cérébrale, produit les deux résultats.

De la polyurie, par M. Mirza-Reza-Ben-Mokim.
(Thèses de Paris, n° 97.)

Polydipsie traitée avec succès par l'ergot de seigle, par M. Tillard.
(Revue médicale, décembre 1859.)

L'auteur a été amené à employer ce traitement par cette pensée que le mode d'action du seigle ergoté consistait à produire la contraction des fibres musculaires soumises à l'influence du système nerveux de la vie organique; les reins devaient subir la même influence, et la sécrétion urinaire devait être diminuée.

— Chez un enfant traité précédemment sans grand résultat par la valériane et le quinquina, le seigle ergoté, à la dose progressive de 25, 30 et 40 centigrammes, amena la guérison en quelques jours.

Polydipsie datant de quatre ans et guérie par une grossesse, par M. Girard. (Bulletin de Thérapeutique, LIX, p. 461.)

Polydipsie chez une jeune femme ; la maladie durait depuis longtemps et avait résisté à différents traitements, lorsque cette dame devint enceinte. Dès le début de la grossesse, la soif diminua ; à trois mois, elle disparut complétement et elle n'a pas reparu depuis cette époque.

De la nature de l'albuminurie, par M. Hamon. (Académie de médecine, 2 octobre.)

L'albuminurie est, pour M. Hamon, une névrose du système nerveux central, cérébro-spinal et ganglionnaire. — Voici les principaux faits sur lesquels il se base pour étayer son opinion : — 1° C'est une affection du système nerveux cérébro-spinal. — M. Bernard a déterminé l'albuminurrhée en piquant le plancher du quatrième ventricule en un point un peu plus élevé que celui dont l'excitation a pour effet de produire le diabète. Toutes les causes susceptibles d'apporter un trouble violent dans la modalité du système nerveux central sont aptes à engendrer l'albuminurrhée (suspension, convulsions, réfrigération intense, alcoolisme, etc.). C'est, d'ailleurs, le système nerveux cérébro-spinal qui régit, dans ses diverses manifestations, le phénomène albuminurrhée. Les très-nombreuses expériences albuminométriques qu'il a effectuées, *sur des sujets impressionnables aux divers agents albuminogéniques*, mettent cette assertion hors de doute. Elles lui ont, notamment, permis de s'assurer que l'accomplissement des fonctions de relation qui s'accomplissent sous l'influence de l'innervation cérébro-spinale augmente très-sensiblement les proportions de l'albumine urinaire. Le phénomène albuminurrhée dépend donc d'une déviation de l'innervation encéphalo-rachidienne. — 2° L'affection dite albuminurie est plus complexe. Le système nerveux ganglionnaire est, de plus, affecté. C'est cette condition morbide nouvelle qui permet de se rendre compte de l'altération caractéristique du sang, des troubles de la nutrition et des diverses lésions de sécrétions. — 3° Un autre ordre de preuves de la nature névrosique de l'albuminurie se tire de la symptomatologie de cette affection. Les manifestations nerveuses ayant leur siége tant dans le système nerveux de la vie de relation que dans celui de la vie organique, forment

en effet un imposant cortége, à peine signalé jusqu'à ce jour. L'opinion de M. Hamon, concernant la nature de l'albuminurie, permet de se rendre aisément compte de la production si fréquente de ces manifestations morbides, dont il serait beaucoup plus difficile de trouver la raison d'être avec la doctrine de la localisation rénale. — C'est pour donner à cette affection une dénomination qui rappelle à la fois et sa nature essentielle, et son signe objectif véritablement pathognomonique, qu'il propose de la désigner sous le nom de *névrose albuminurrhéique*.

Note sur des cristaux particuliers trouvés dans le sang et dans certains viscères d'un sujet leucémique, et sur d'autres faits nécroscopiques observés sur le même sujet, par MM. Charcot et Vulpian. (Gazette hebdomadaire, p. 755.)

Cette observation est surtout intéressante par la nécropsie du sujet; deux particularités méritent d'être notées : 1° Un grand nombre de globules rouges (un bon tiers) étaient très-petits, — circonstance dont on ne connaît pas la signification, mais qui ne permet guère de croire à l'hypothèse qui voudrait faire provenir les globules blancs des globules rouges. — 2° Il y avait dans le sang et dans quelques viscères des cristaux formés par une substance organique, ne ressemblant pas, au point de vue chimique, aux substances minérales cristallisables qu'on pourrait rencontrer dans le sang. Ces cristaux étaient octaédriques. — Des cristaux analogues avaient été rencontrés dans un autre cas par MM. Charcot et Robin. — Si ces cristaux sont rencontrés dorénavant dans tous les cas de leucocythémie, ils devront prendre place au premier rang parmi les altérations caractéristiques de cette maladie, car ils seront l'indice inconnu jusqu'ici et le plus certain de l'altération chimique des humeurs.

Leucocythémie, par M. Shearer. (Archives générales de médecine, décembre, p. 763.)

M. Shearer donne une observation dans laquelle on retrouve la plupart des caractères propres à la leucocythémie splénique. — A la suite de cette observation, les rédacteurs des Archives en ont publié deux autres, ayant pour titre : I. Leucocythémie; gonflement de la rate et des ganglions lymphatiques; noyaux lymphatiques dans le foie et la rate, par M. Page. — II. Leucocythémie; tumeurs lymphatiques du foie et de la rate, par M. Boettaher. — Dans ces deux observations, il est question de *noyaux ou tumeurs lymphatiques;* ce sont de petits noyaux blanchâtres ou grisâtres, gros comme un grain de millet ou comme un pois, qu'on a récemment trouvés dans le foie et dans

la rate des sujets leucémiques; ce sont *probablement* des globules blancs et des cellules nucléolaires, arrêtés dans les vaisseaux.

Leucocythémie lymphatique, par M. Mulder. (Gazette hebdomadaire, p. 171.)

Une observation sans remarques.

Un cas de leucémie splénique, par M. Duroziez. (Gazette des hôpitaux, p. 121.)

Une femme entre à l'hôpital comme tuberculeuse ; elle y est traitée comme telle. Ce n'est qu'accidentellement qu'on découvre une rate énorme, et ensuite la présence dans le sang d'une grande quantité de globules blancs.

Rapport sur la rage, par M. Tardieu. (Gazette hebdomadaire, p. 34.)

Le sexe des victimes n'a qu'un intérêt secondaire. — L'âge le plus tendre n'est pas à l'abri de l'inoculation de la rage. — Presque toujours ce sont les chiens dont la morsure inocule la rage ; il y a toutefois des exemples se rapportant au loup, au chat, et même au renard. — Les blessures ont siégé aux membres supérieurs, à la face, aux membres inférieurs. — La rage est plus fréquente dans les mois où la température est la plus élevée, mais aucune saison ne s'oppose réellement au développement de la rage et ne peut en rendre les effets moins redoutables. — Sur dix individus mordus, quatre ont échappé à la contagion ; on n'a pas assez de détails pour savoir pourquoi et comment. Les effets de la contagion rabique ne se font généralement pas attendre au delà de quelques semaines. — La mort a été la terminaison constante et souvent rapide. — On ne saurait répéter avec trop d'insistance que la cautérisation immédiate avec le fer rouge est le seul traitement préventif de la rage. — Les moyens prophylactiques et les moyens curatifs restent dans la plus profonde obscurité.

Sur la rage spontanée, par M. Putégnat. (Gazette hebdomadaire, p. 377.)

Une observation de laquelle il résulte pour l'auteur qu'un chien, surtout d'un naturel méchant, peut, dans un violent transport de colère et de fureur vénérienne, et sans donner plus tard aucun signe de maladie, donner la rage par sa morsure.

Dans le même journal, p. 178, on trouve une observation analogue publiée par M. Mühlig.

Le meilleur préservatif de la rage, par M. Sanson. (Paris. in-8°, 88 pages.)

Considérations sur la rage, principalement au point de vue du diagnostic, par M. Gros (Thèses de Paris, n° 244.)

Cette thèse, bien faite à tous les points de vue, est ainsi résumée en ce qui concerne le diagnostic :

§ I. On voit que l'on distingue facilement de la rage : — 1° Les accidents hydrophobiques succédant à un refroidissement brusque, à la suppression des menstrues ; l'hydrophobie est le seul symptôme qui puisse faire penser à la rage, et la marche des accidents diffère de celle des accidents rabiques. — 2° Les accidents hydrophobiques compliquant les fièvres, les névroses, car la marche de ces maladies sera facilement reconnue. — 3° Les accidents hydrophobiques compliquant le délire aigu, par l'examen des prodromes et la nature du délire. — 4° Les accidents hydrophobiques causés uniquement par la peur de la rage, car ils ne présentent pas la marche de la maladie.

§ II. Nous voyons que le diagnostic est difficile : — 1° Dans certains cas de délire aigu, précédé de symptômes hydrophobiques, lorsque l'on ne sait pas si le malade a été exposé à la contagion. — 2° Dans certains cas d'hydrophobie causée par la peur de la rage, mais l'erreur n'est possible qu'au début des accidents. — Pour arriver au diagnostic, il ne faut jamais perdre de vue que la rage est caractérisée par une suite d'accès hydrophobiques, séparés par des intervalles de calme, pendant lesquels on observe une sputation continuelle et un délire ayant des caractères spéciaux ; ces accès sont accompagnés de convulsions qui augmentent d'intensité, se rapprochent ; les convulsions deviennent générales, et amènent la mort du malade.

§ III. Nous sommes forcé d'admettre que dans certains cas, on ne peut, ni par l'examen des symptômes, ni par leur marche, arriver à un diagnostic précis, et que l'anatomie pathologique même est, dans l'état actuel de la science, incapable d'éclairer un diagnostic resté douteux pendant la vie.—Il n'existe, en effet, aucune lésion cadavérique caractéristique de la rage.

Hydrophobie, par M. Gros. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 136.)

Une observation de rage ; pas de particularité à noter.

Effets de la cautérisation pour neutraliser l'absorption du virus farcino-morveux dans l'économie, par M. Pommeret. (Lille, imprimerie Danel, in-8°, 34 pages.)

De la goutte, par M. Dulmet. (Thèses de Paris, n° 33.)

Recherches et observations nouvelles sur la goutte, sur les dangers des traitements qui lui sont trop généralement opposés, par M. Potton. (Gazette médicale de Lyon, p. 200.)

Dans cet article, plein de faits curieux, l'auteur a voulu établir les propositions suivantes : La goutte, ainsi que la plupart des affections diathésiques, constitutionnelles, est engendrée par des écarts d'hygiène, provenant, soit des malades eux-mêmes, soit de leurs parents qui leur ont transmis une prédisposition héréditaire; — Elle est due à une altération des principes constituants du sang, chargé d'acide urique en excès ; — Il est toujours dangereux de combattre ses manifestations aiguës, ses crises extérieures par des agents empiriques, perturbateurs qui, dans l'immense majorité des cas, sont cause des accidents désignés sous les noms de *goutte vague*, *goutte interne*, *goutte viscérale* ; — Il n'existe pas jusqu'ici de remèdes spécifiques pour la goutte ; on possède seulement des moyens énergiques qui exercent une action spéciale sur ses symptômes ; en première ligne, il y a le colchique, les substances alcalines, etc... — Si ces moyens n'attaquent pas l'essence même de la maladie qui est inconnue, ils atteignent sa cause materielle, étant susceptibles de modifier l'état, les qualités morbifiques du sang. — Ces agents thérapeutiques, aussi bien que le quinquina (ce dernier agit sur le système nerveux, sans modifier en apparence comme les précédents, les propriétés du sang), exigent, pour être administrés avec succès, ou du moins avec avantage, un concours de précautions, de mesures et de circonstances, seules capables d'en permettre la tolérance, et d'en favoriser les bons effets.

Sur les concrétions tophacées de l'oreille externe chez les goutteux, par M. Charcot. (Société de biologie, mai ; Gazette médicale, p. 487.)

Le nombre des concrétions dont il s'agit est variable ; on en rencontre tantôt une ou deux seulement, tantôt jusqu'à huit ou dix sur une même oreille. Elles peuvent n'exister que sur une seule oreille ou occuper, au contraire, les deux oreilles d'un même sujet. Ce dernier cas est le plus rare. Le siége de prédilection de ces concrétions est la partie supérieure de la rainure de l'hélix ; mais on les observe assez fréquemment sur l'hélix

lui-même ou sur son bord tranchant, et enfin sur l'anthélix. — Ces concrétions se présentent sous deux formes principales. Dans une première forme, elles constituent de petites tumeurs sous-cutanées hémisphériques, plus ou moins régulières et plus ou moins saillantes, mobiles avec la peau ou adhérentes au cartilage sous-jacent; parfois obscurément fluctuantes, elles ont, d'autres fois, une consistance comme pierreuse. La peau qui les recouvre a parfois conservé sa coloration naturelle; d'autres fois, au contraire, elle laisse voir, par transparence, la substance d'un blanc mat qui les compose. La seconde forme consiste en petites plaques arrondies qui semblent faire corps avec le tégument externe; la matière d'aspect crayeux qui les compose est à nu ou recouverte seulement par une mince couche épidermique. — La matière tophacée, extraite par simple grattage ou à l'aide d'une légère incision, suivant que les concrétions sont superficiellement ou profondément situées, est demi-liquide ou de consistance caséeuse; d'autres fois, elle offre la dureté de la craie. Vue au microscope, elle paraît quelquefois composée d'une infinité d'aiguilles cristallines, principalement lorsque le dépôt est mou et de formation récente; mais le plus souvent elle se présente sous l'aspect d'une poudre amorphe. Cette substance ne diffère, d'ailleurs, en rien par aucun caractère essentiel de celle qui constitue les tophus goutteux articulaires. — C'est le plus ordinairement à la suite d'un accès de goutte articulaire intense ou de longue durée que se produisent les concrétions de l'oreille. Leur formation n'est, en général, accompagnée d'aucun symptôme particulier. — Après une durée variable de plusieurs mois ou même de plusieurs années, sans avoir subi de modification appréciable, on voit parfois les dépôts tophacés de l'oreille diminuer de volume et s'effacer peu à peu complétement. Quelquefois, à mesure qu'ils disparaissent de l'oreille, on en voit de nouveaux se former sur un autre point. Il n'est pas rare, toutefois, de les voir disparaître en masse, soit sous l'influence d'une inflammation plus ou moins vive du voisinage, soit même sans l'intervention d'aucun travail inflammatoire. — D'après MM. Garrod et Charcot, les tophus existeraient sur l'oreille plus souvent que dans les jointures; aussi leur constatation peut, dans certains cas difficiles, fournir des éléments utiles au diagnostic.

Goutte, rhumatisme et audition, par M. Harvey. (Pathol. society of London, et Gazette médicale de Lyon, p. 16.)

M. Harvey a présenté les pièces pathologiques appartenant à un homme affecté de goutte, en ayant eu plusieurs attaques bien caractérisées aux membres. Cet homme était sourd, et chez lui les osselets de l'oreille interne étaient ankylosés. L'auteur ajoute

qu'il y avait des dépôts goutteux, soit dans les osselets, soit dans l'hélix des deux côtés. — Il a encore présenté le temporal, entièrement éburné, d'un sourd, mort d'une arthrite rhumatismale générale.

Accidents circulatoires chez les goutteux, par M. Hervez de Chégoin. (Union médicale, t. V, p. 475.)

M. Hervez de Chégoin communique trois exemples intéressants d'accidents survenus chez des goutteux, et caractérisés par la faiblesse des fonctions circulatoires et même l'absence complète du pouls, mais sans syncope et avec conservation de l'ouïe, de la parole et de l'intelligence. — Dans un premier fait, ces accidents ont été rapidement suivis de mort. — Dans le deuxième, relatif à un homme d'une cinquantaine d'années, d'un embonpoint considérable, la faiblesse extrême du pouls et une oppression considérable ne cessèrent que lorsqu'il apparut un gonflement goutteux au gros orteil du pied droit.— Chez le troisième malade, âgé de 74 ans, il y a eu également tout à coup pâleur, suspension du pouls et malaise général très-grand. — Amélioration sous l'influence d'une superpurgation.

Coccyodinie, par MM. Hirks et Briant. (Med. times and Gaz., avril, et Archives générales de médecine, juin, p. 744.)

Une observation de guérison par suite de la section sous-cutanée des fibres tendineuses qui s'attachent aux coccyx.

Douleur musculaire très-ancienne, guérie rapidement par le massage, par M. Piorry. (Gazette des hôpitaux, p. 193.)

Rhumatisme musculaire. (Gazette des hôpitaux, p. 471.)

Un traitement, employé par le vulgaire, consiste dans les frictions faites avec une préparation d'huile dans laquelle on a fait macérer et aussi bouillir les aulx dépouillés de leurs pelures. Cette préparation est peu dispendieuse, et elle réussit très-souvent, surtout contre les rhumatismes lombaires. Les régions frictionnées deviennent rouges et se couvrent d'ampoules. La révulsion est due à l'huile essentielle contenue dans l'ail.

Atrophie musculaire de nature rhumatismale, traitée avec succès par les eaux de Balaruc, par M. Bonifas. (Montpellier médical, t. V, p. 172.)

Du siége, de la nature et du traitement du rhumatisme en général, par M. Saulgeot. (Thèses de Paris, n° 87.)

Le rhumatisme est une maladie générale, dont le siége primitif

est dans le sang ; — Cet état du sang est dû à une prédisposition rhumatismale le plus souvent héréditaire ; — L'altération du sang consiste dans une plus grande proportion de sels ; de plus, il y a dans le rhumatisme articulaire aigu augmentation de fibrine. — Le froid, par son action sur les capillaires, dont il diminue le calibre, et sur le sang dont il favorise l'arrêt, soit par un dépôt de sels, soit par un caillot, est la cause occasionnelle de tous les symptômes. — L'auteur en conclut qu'il faut quelquefois employer un traitement antiphlogistique et contro-stimulant (rhumatisme articulaire aigu), et dans tous les cas un traitement altérant (rhumatisme subaigu et chronique). — La médecine est pauvre et peu utile quand il s'agit de traiter la prédisposition.

Du rhumatisme articulaire aigu, de ses complications et de son traitement, par M. Richet. (Thèses de Paris, nº 153.)

Recherches cliniques sur le rhumatisme articulaire aigu, par M. Auburtin. (Paris, A. Delahaye, in-8, VII-168 pages.)

Ce livre a été écrit avec des observations prises, pour la plupart, dans le service de M. Bouillaud et d'après les idées bien connues de ce professeur ; aussi n'est-on pas surpris de trouver, à propos de l'anatomie pathologique, quatre cas de rhumatisme articulaire aigu, bien caractérisés, terminés par suppuration ; — plus loin de voir l'auteur insister sur la coïncidence des inflammations des séreuses du cœur.

M. Auburtin consacre une grande partie de son ouvrage au rhumatisme cérébral ; il résume son opinion à cet égard, dans les propositions suivantes : 1º En admettant que, pour la maladie que nous venons d'étudier, les accidents cérébraux soient bien des *coïncidences* et non des *complications*, il est démontré qu'ils sont extrêment rares, en dehors des conditions étrangères au rhumatisme. — 2º La fréquence des manifestations cérébrales n'est pas la même, quel que soit le traitement auquel les malades sont soumis ; la médication quinique est celle qui fournit le chiffre le plus élevé. — 3º Dans un très-grand nombre de cas, on a rattaché à la diathèse rhumatismale du délire qui avait été provoqué, tantôt par l'administration du sulfate de quinine, tantôt par des excès de boissons alcooliques, d'autres fois par des conditions normales qui n'ont pas agi ici autrement que dans toutes les maladies aiguës. — 4º Enfin, la doctrine de l'*apoplexie rhumatismale* ne repose que sur de simples conjectures, attendu que les preuves anatomo-pathologiques font défaut, et que les observations rapportées par les auteurs sont des exemples de morts rapides occasionnées par des caillots développés dans les cavités cardiaques.

Du rhumatisme articulaire, ou hémiartrite, par M. Elisabeth. (Thèses de Paris, n° 204.)

De quelques points du rhumatisme articulaire aigu, par M. Criado. (Thèses de Paris, n° 63.)

L'auteur s'occupe surtout de la terminison du rhumatisme par suppuration ; il cite quelques exemples de rhumatismes avec présence du pus dans les articulations. — L'autre point traité par M. Criado est le rhumatisme cérébral ; résumé des travaux les plus récents.

Considérations sur le rhumatisme articulaire aigu, par M. Lacour. (Thèses de Montpellier, n° 37.)

Considérations sur le rhumatisme aigu, par M. Mignérès. (Thèses de Montpellier, n° 40.)

Quelques mots sur les principales manifestations du rhumatisme, et particulièrement du rhumatisme cérébral, par M. Adam. (Thèses de Paris, n° 94.)

Après avoir dit quelques mots du rhumatisme des séreuses viscérales et du rhumatisme cutané, l'auteur aborde l'histoire du rhumatisme cérébral, dans lequel il reconnaît les variétés suivantes : 1° céphalalgie ; — 2° délire ; — 3° méningite ; — 4° hydrocéphalie ; — 5° congestion apoplectiforme ; — 6° il ajoute la chorée, qu'il regarde comme le résultat d'une fluxion chronique, de nature rhumatismale, des méninges cérébro-rachidiennes.

Historique complet de la question. — Le rhumatisme cérébral peut être primitif. Habituellement il est métastatique. — Comme causes prédisposantes, on doit admettre toutes celles qui amènent la surexcitation du système nerveux. — Le refroidissement peut être la cause occasionnelle du rhumatisme cérébral. — La saignée répétée peut être cause de la méningite rhumatismale, par les inflammations nouvelles qu'elle peut favoriser, et d'une espèce d'apoplexie, par les concrétions fibrineuses dont elle peut déterminer la formation. — Le sulfate de quinine n'a aucune influence sur la production du rhumatisme cérébral ; bien plus il existe des faits incontestables qui prouvent que le sulfate de quinine a fait disparaître le délire qui était une manifestation du rhumatisme. — Les topiques, qui font cesser brusquement les fluxions articulaires, paraissent dangereux, parce qu'ils facilitent les migrations vers le cerveau chez les individus qui sont prédisposés aux affections de cet organe. — Les chagrins violents et les émotions vives peuvent amener la fluxion rhumatismale du cerveau.

M. Adam passe ensuite en revue les particularités des principales formes du rhumatisme cérébral.

Rhumatisme articulaire aigu, par M. Laborde. (Union médicale, t. VI, p. 84.)

Invasion subite d'accidents cérébraux, perte de connaissance, coma, résolution complète de tous les membres ; — abolition de la motilité et de la sensibilité ; — alcoolisme ; — mort au bout de trois heures.

Rhumatisme cérébral, par M. Rouet. (Gazette des hôpitaux, p. 338.)

Des accidents cérébraux dans les affections goutteuses et rhumatismales, par M. Binard. (Gazette médicale, p. 21.)

Une observation de rhumatisme cérébral. — Cette observation, dit l'auteur, semble mettre deux points en lumière : — 1° L'influence évidente de l'action métastatique du principe rhumatismal sur le cerveau. En effet, les fluxions articulaires disparurent complétement aussitôt que les symptômes cérébraux furent bien prononcés, et les articulations furent de nouveau envahies, du moment que les phénomènes encéphaliques commencèrent à se dissiper. — 2° L'efficacité du traitement révulsif pour combattre les accidents cérébraux et faire reparaître dans les articulations l'affection rhumatismale qui les avait brusquement quittées pour se porter sur le cerveau.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par le suc de citron, par M. Lebert. (Arch. f. path. anat. u. phys., t. XIII, nos 2 et 3 ; Union médicale, t. V, p. 239.)

Moyen recommandé par des médecins anglais et américains. Il est surtout efficace dans le rhumatisme poly-articulaire. L'amélioration se montre après trois ou quatre jours. Après six ou sept jours, les malades sont extrêmement soulagés, et, à part quelques récidives légères et peu fréquentes, la convalescence s'établit du dixième au douzième jour ; la guérison devient définitive dans la troisième semaine. La chaleur et la fréquence du pouls diminuent rapidement ; la sueur continue encore quelque temps. Il va sans dire que l'on rencontre aussi des cas rebelles. Le suc de citron est bien supporté ; M. Lebert commence par 120 grammes par jour, donnés par cuillerées dans de l'eau sucrée, et monte bientôt à 180 et 250 grammes. Il a essayé de lui substituer l'acide citrique ; mais, outre que cet acide n'est pas bien toléré, il donne de moins bons résultats. — Le suc de citron, suivant l'auteur, a sur le nitre l'avantage d'une administra-

tion plus agréable et d'une meilleure tolérance, et de plus, sur le sulfate de quinine, celui de l'économie et de l'innocuité.

De l'emploi du saccharure de colchique dans le traitement de la goutte et du rhumatisme articulaire, par M. Joyeux. (Gazette médicale de Strasbourg, n° 2.)

L'auteur regarde ce médicament comme le spécifique de la goutte et du rhumatisme articulaire aigu, spécifique aussi certain pour lui que l'iode dans le goître, le fer dans la chlorose. L'expérience lui a démontré que les insuccès remarqués à la suite de l'emploi du colchique étaient dus le plus souvent à un vice de préparation, et souvent aussi à un mauvais mode d'administration. M. Joyeux donne la préférence aux préparations faites avec la fleur de colchique, qui fournit un produit toujours identique : il se sert de l'extrait de suc de colchique évaporé dans le vide, et du saccharure de colchique, obtenu avec le suc frais (100 grammes), et sucre (500 grammes), et desséché également dans le vide. Il n'emploie ordinairement, à l'intérieur, que le saccharure, qu'il administre à la dose moyenne de 4 grammes par jour, fractionné en dix paquets, à prendre d'heure en heure. L'extrait, dissous dans un véhicule quelconque, est réservé pour l'usage externe, en frictions sur les parties douloureuses. — Depuis qu'il fait usage de ces préparations, il n'a pas rencontré un seul accès de goutte qui n'ait cédé à deux ou trois jours de traitement. — Le rhumatisme articulaire aigu disparaît dans l'espace de quinze à vingt jours; dans le rhumatisme subaigu, sans obtenir un résultat aussi satisfaisant, il a constaté une grande amélioration ; il s'est bien trouvé, dans la plupart des cas, de faire prendre aux malades, comme adjuvant, une infusion de tilleul nitrée (2 grammes par litre). — L'auteur rapporte quelques observations qui attestent les bons effets de sa pratique. — Les effets curatifs du colchique sont dus, non pas à son action purgative sur le tube digestif, mais bien à la puissance sédative des alcaloïdes qu'il renferme ; par conséquent, il y a avantage à l'administrer à *doses fractionnées et progressivement croissantes*, de manière à éviter l'effet purgatif.

Traitement du rhumatisme articulaire et de la goutte par le saccharure de fleurs fraîches de colchique, par M. Le Cler. (Revue médicale française et étrangère, 31 mai.)

M. Le Cler a obtenu des résultats analogues à ceux que M. Joyeux a fait connaître. Il a employé exclusivement, pendant plusieurs années, l'alcoolature de fleurs fraîches faite d'après la méthode de M. Suskind, il en a toujours obtenu de fort

bons résultats ; mais il doit ses plus beaux succès au saccharure qu'emploie également M. Joyeux. Il se sert quelquefois, à l'extérieur, d'un liniment composé avec le baume tranquille et l'alcoolature de fleurs ; mais il lui préfère l'extrait de suc frais évaporé dans le vide. Cet extrait, dit-il, étendu de trois ou quatre fois son poids de glycérine, m'a toujours bien réussi en onctions dans le rhumatisme ainsi que dans différentes sortes de névralgies. — L'auteur recommande, comme M. Joyeux, d'administrer le saccharure de colchique à doses faibles, mais souvent répétées, de manière à éviter l'effet purgatif et d'élever la dose tous les jours.

Leçons sur le rhumatisme articulaire aigu, par M. Beau. (Gazette des hôpitaux, p. 262.)

M. Beau définit le rhumatisme articulaire : Une inflammation des articulations, inflammation mobile, qui se lie à un état couenneux du sang, et qui est produite par le froid. — Il ne faut pas confondre le rhumatisme avec la goutte ; entre autres différences, il faut surtout noter les causes. — Pour le rhumatisme, nous les trouvons surtout dans les *circumfusa* ; c'est le froid. Pour la goutte, au contraire, c'est particulièrement dans les *ingesta* que nous devons les chercher, dans une alimentation formée de substances azotées, qui, brûlées incomplétement dans l'organisme, sont rejetées à l'état d'acide urique ou d'urate. — Les sueurs considérables qui couvrent le malade, et l'état de repos, d'immobilité absolue, auquel il est condamné par crainte de la douleur, sont deux signes qui vous permettront, à distance, de soupçonner le rhumatisme. — Le cœur gauche est le siége de prédilection de l'endocardite, et la cause en est, je pense, dans le contact du sang rouge devenu fibrineux, phlogistique, enflammant. — Dans le traitement, M. Beau emploie le sulfate de quinine à haute dose ; il débute par 1gr.,50. Il faut se guider sur l'intensité des phénomènes cérébraux pour augmenter ou diminuer les doses : ces phénomènes doivent exister. — Il faut s'abstenir de saigner dans le rhumatisme articulaire aigu, parce qu'on augmente ainsi l'état inflammatoire du sang.

Rhumatisme lié à un embarras gastrique. — Action diaphorétique du tartre stibié, par M. Beau. (Gazette des hôpitaux, p. 366.)

Rhumatisme articulaire aigu accompagné de troubles cérébraux ; bons effets de la médication stibiée, par M. Legroux. (Gazette des hôpitaux, p. 21.)

Dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, un malade

ayant présenté des phénomènes cérébraux, M. Legroux a prescrit : Tartre stibié, 30 centigrammes dans une potion, à prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure ; le soir, 0,05 centigrammes d'extrait gommeux d'opium. — En quelques jours, les phénomènes cérébraux ont disparu, ainsi que les douleurs articulaires.

Des éruptions rhumatismales par M. Legroux.
(Gazette des hôpitaux, p. 33.)

Voir, pour une communication analogue de M. G. Sée, l'*Annuaire*, t. III, p. 330.

L'honorable médecin de l'Hôtel-Dieu veut prouver, par plusieurs observations, que les éruptions érythémateuses et ortiées, qui se montrent quelquefois pendant le cours d'un rhumatisme aigu fébrile, sont des manifestations rhumatismales cutanées, comme les accidents qui se produisent du côté du cœur ou de l'encéphale.

Dans le même journal, page 82, on trouve une observation d'érythème papuleux rhumatismal, avec des réflexions par M. Carre, qui confirment les idées de M. Legroux.

Exanthèmes cutanés dans le rhumatisme et la goutte, par M. Choussy.
(Gazette hebdomadaire, p. 758.)

L'auteur rapporte une observation qui vient à l'appui de l'opinion de M. Legroux ; il pense qu'il y a très-souvent une liaison évidente, une communauté d'origine incontestable, non-seulement entre diverses dermatoses, la goutte et le rhumatisme, mais encore avec d'autres affections qui, par leur caractère, sembleraient en être profondément séparées.

Eruption ortiée liée à un accès de goutte, par M. Gautier.
(Gazette des hôpitaux, p. 141.)

Il s'agit d'un malade qui a eu une éruption d'urticaire ; dès que l'inflammation cutanée a disparu, un accès de goutte a fait son apparition. M. Gautier pense que l'urticaire a été le prélude de l'accès de goutte.

Du rhumatisme, de ses principales manifestations et de quelques-unes de ses formes insolites, par M. Aran. (Gazette des hôpitaux, p. 369 et 373.)

Rhumatisme articulaire aigu, par M. Duhamel.
(Gazette des hôpitaux, p. 492.)

M. Duhamel croit que les émissions sanguines, soit générales,

soit locales, sont utiles dans les rhumatismes aigus ; il pense qu'avec les autres traitements, on n'obtient pas d'aussi bons résultats.

L'acide citrique, le meilleur remède contre le rhumatisme aigu, par M. Hartung. (Deutsche klinik; Gazette médicale, p. 752.)

Opium à haute dose contre les rhumatismes fébriles, par M. O'Donovan. (France médicale, juin.)

Ce praticien emploie l'opium à la dose de 3 à 6 décigrammes en vingt-quatre heures. Il affirme que, par ce traitement, il a non-seulement beaucoup abrégé la maladie, mais encore qu'il en a considérablement mitigé les symptômes ; en outre, il a prévenu les complications cardiaques et l'établissement de l'état chronique.

Paralysie généralisée de nature rhumatismale; bain de vapeur térébenthiné; guérison. (Union médicale t. VIII, p. 407.)

Erysipèle périodique, par M. Petit. (Gazette des hôpitaux, p. 166.)

Une observation chez un homme. Chaque nouvelle invasion de l'érysipèle a été séparée par un long intervalle (dix ans). — Les symptômes de la maladie semblent devenir de plus en plus bénins à mesure qu'on s'éloigne de la première apparition de l'érysipèle. Les cas d'érysipèle périodique semblent renverser l'opinion qui veut qu'une écorchure ou une ulcération soit toujours le point de départ de l'érysipèle facial, car il serait assez extraordinaire de voir ces causes agir à des époques à peu près fixes et déterminées.

Quelques considérations sur l'érysipèle ; étiologie, traitement et nature, par M. Rogez. (Thèses de Paris, nº 118.)

Nécrose des cartilages du larynx à la suite d'un érysipèle, par M. Guéniot. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 167.)

Rétrocession d'un exanthème ; danger de mort ; guérison par les révulsifs, par M. Hervieux. (Société de médecine pratique; Gazette des hôpitaux, p. 316.)

Deux exemples de dyspnées très-intenses, avec menace de mort,

à la suite de la rétrocession d'exanthèmes. — Les malades paraissaient être dans un état désespéré ; ils ont guéri l'un et l'autre, sous l'influence de violents révulsifs appliqués sur les membres inférieurs.

De l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement du purpura hæmorrhagica et de son action sédative sur le cœur, par M. Pize. — Rapport de M. Devergie. (Académie de médecine, 22 mai.)

Le rapport de M. Devergie a été le point de départ d'une discussion sur le *vitalisme et l'organicisme ;* pour ne pas la scinder, nous la reproduirons tout entière à cette place.

M. Pize a traité par le perchlorure de fer trois malades affectés de purpura hæmorrhagica grave ; une observation analogue a été publiée depuis par M. Bourguignon, et M. le rapporteur en ajoute une autre, appartenant à M. Argoing. Il semble résulter de ces faits que le perchlorure de fer est l'agent par excellence de la guérison de cette maladie, puisqu'il arrête les hémorrhagies dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures, et que, continué pendant quelques jours, il fait rapidement entrer le malade en convalescence.— M. Pize a remarqué chez ses malades que le perchlorure de fer faisait descendre les battements du pouls, en vingt-quatre heures, de 110 à 80 pulsations, et il en conclut que ce médicament exerce une action sédative immédiate sur le cœur. Il ne donne cependant aucun fait de maladie du cœur dans lequel il ait obtenu les résultats que donne le perchlorure de fer dans le purpura hæmorrhagica. La commission n'a pas eu l'occasion de traiter des cas de cette dernière maladie par le perchlorure de fer ; mais les faits cités par M. Pize lui paraissent ne laisser aucun doute sur l'efficacité de cette méthode du traitement, d'autant plus que dans ces faits il s'agit de sujets jeunes, dont l'un avait été chlorotique, et un autre était affaibli par le travail et un défaut d'alimentation suffisante.—D'autre part, M. Devergie, en traitant par le perchlorure de fer (à la dose de $1^{g},50$) onze cas de purpura simplex, a obtenu les résultats les plus remarquables, en ce sens que, dans l'espace de quatre à cinq jours, les taches de purpura étaient assez atténuées pour être abandonnées à elles-mêmes, en même temps que l'état général s'était singulièrement amélioré, les forces se relevant très-rapidement, et l'appétit reprenant d'une manière très-rapide. Ces résultats sont obtenus beaucoup plus rapidement que par le traitement usuel, qui consiste à faire sucer aux malades des tranches de citron, en même temps qu'on donne des ferrugineux et des toniques. M. Devergie n'hésite pas à abandonner pour le perchlorure de fer ce traitement, qu'il a employé depuis vingt-cinq ans. — M. Devergie a

cependant remarqué que dans le purpura fébrile à poussées successives, si chaque éruption ou poussée a paru disparaître un peu plus vite, au moyen du perchlorure de fer, les récidives n'en ont pas moins eu lieu, malgré la continuation du médicament, de sorte que, dans cette forme morbide, le perchlorure de fer n'a pas eu l'efficacité qu'il a montrée dans la forme lenticulaire à éruptions soutenues. — Comme le pouls est généralement lent dans le purpura chronique, M. Devergie n'a pas eu l'occasion d'observer le ralentissement des battements du cœur, signalé par M. Pize comme un des effets du perchlorure de fer. Il n'a pas obtenu ce résultat chez un sujet qui, avec une affection de la peau, avait une dilatation assez notable des cavités du cœur, avec fréquence extrême du pouls. M. Devergie pense donc que les observations faites par M. Pize peuvent tenir à ce que l'amélioration des battements du cœur était la conséquence directe des hémorrhagies ; l'hémorrhagie cessant, la fréquence du pouls devait naturellement diminuer. Cependant le ralentissement du pouls, comme effet du perchlorure de fer, a été également noté par MM. Méran, Socquet, Baradel et Mathey. M. Devergie ne préjuge donc pas la question, laissant à M. Bouillaud le soin de démontrer au besoin s'il y a eu erreur à cet égard. — La seconde partie du mémoire de M. Pize a trait au mode d'action que le perchlorure de fer exerce sur l'économie dans les maladies. M. Pize, prenant en considération d'abord les premières applications, qui ont été faites par M. Pravaz, du perchlorure de fer au traitement des anévrismes externes, ensuite les expériences de M. Burin-Dubuisson et celles de quelques autres médecins ou chimistes, adopte une théorie toute chimique : d'après cette théorie, le perchlorure de fer, après avoir pénétré dans le sang, exerce sur ce fluide une action directe et spéciale, qui est en rapport avec ses propriétés coagulantes. — M. Devergie développe à cette occasion la théorie de M. Burin-Dubuisson, sur l'action des préparations ferrugineuses en général, et notamment dans la chlorose ; il oppose à cette théorie celle des médecins vitalistes, qui expliquent l'efficacité des ferrugineux exclusivement par une action favorable à la digestion et à la nutrition, en vertu de leur nature et de l'excitation qu'elles exercent sur l'appareil digestif. Les partisans de cette théorie, parmi lesquels M. Devergie cite MM. Trousseau et Pidoux, sont même portés à croire qu'en faisant la part de l'absorption des ferrugineux, cette action stimulante pourrait peut-être bien s'étendre à la membrane interne du système circulatoire, sans que les préparations vinssent concourir directement à la formation des globules. — M. Devergie pense que ces deux manières de voir ont le tort d'être trop exclusives. Selon lui, les préparations ferrugineuses agissent de deux manières, et par leur transport dans le sang, qu'elles tendent à reconstituer,

et par leur action directe et stimulante sur les organes, auxquelles elles impriment plus d'énergie.

Séances du 29 mai et du 5 juin. — M. *Blache* lit une note dans laquelle il revendique, en faveur de MM. Thierry et Deleau, la priorité de l'*emploi du perchlorure de fer dans le traitement du purpura hæmorrhagica.* — M. Devergie, qui avait connaissance du travail de M. Deleau, donne lecture des passages qui se rapportent à cette question, et qui ne lui paraissent pas être de nature à assurer la priorité à M. Deleau.

M. Trousseau se borne, relativement à la question de thérapeutique spéciale soulevée par M. Pize, à rappeler les faits cités par ce praticien, faits qui ne lui paraissent pas tout à fait aussi concluants que l'a pensé M. Devergie. Quant à la sédation du pouls, M. Trousseau se demande si elle n'est pas naturelle et indépendante de l'action du perchlorure, d'autant plus que cette sédation ne s'observe jamais à l'état physiologique, par le fait de ce médicament ; on sait, au contraire, que les sédatifs, tels que la digitale et l'aconit, exercent la sédation en dehors de toute maladie. — L'orateur aborde ensuite la question du mode d'action du perchlorure de fer ; il met en doute l'action hémostatique *indirecte* de ce médicament pris à l'intérieur. L'explication donnée de cette action par les chimiatres lui paraît d'ailleurs absurde : comment comprendre que le perchlorure de fer n'aille coaguler le sang que là précisément où il y a hémorrhagie, et qu'il n'exerce pas son action coagulante en chemin? — Comme reconstituant, une chose est certaine : c'est que le perchlorure de fer est moins bien supporté, à l'intérieur, que les autres préparations martiales. — On admet généralement que la proportion du fer est moindre dans le sang des chlorotiques que chez les sujets sains, mais cela n'est pas aussi certain qu'on le pense. Il résulte, en effet, d'analyses faites par M. Réveil, que, pour une même quantité de sang, on trouve les mêmes proportions de fer chez les chlorotiques et chez ceux qui ne le sont pas, bien que les premiers aient trois fois moins de globules que les seconds ; le fer est par conséquent condensé dans les globules sanguins des chlorotiques, et il n'est dès lors pas admissible que les ferrugineux guérissent la chlorose en restant dans le sang, qu'ils reconstitueraient ainsi directement. — Il insiste sur les différences profondes qui séparent la chlorose de l'anémie. L'anémie pure et simple guérit par l'alimentation et sans qu'il soit besoin de fer ; la chlorose, nullement. D'autre part, les anémies syphilitique et paludéenne, qui tiennent à des causes spécifiques, cèdent à la médication spécifique propre à chacune de ces causes, parce que cette médication détruit la cause permanente qui empêche la reconstitution de la crase du sang. M. Trousseau pense qu'il se passe quelque chose d'analogue dans la guérison de la chlorose par le fer ; le fer est le spé-

cifique de la chlorose, comme le mercure est le spécifique de la syphilis, et il n'agit pas à titre de reconstituant direct. S'il pénètre dans le sang, c'est pour le quitter aussitôt ; d'ailleurs, la quantité qui est absorbée est à peu près nulle, d'après les expériences de M. Natalis Guillot, puisque cet observateur a constamment retrouvé dans les matières fécales la presque totalité du fer ingéré dans l'estomac. — Donc, bien que le fer soit d'une incontestable utilité dans le traitement de la chlorose, on n'a pas encore démontré le mode d'action de ce médicament, pas plus que celui de tous les autres agents de la matière médicale. La théorie chimique est foncièrement fausse ; les chimiatres n'ont, d'ailleurs, pas été plus heureux dans leurs explications pour d'autres médications : tel l'emploi des alcalins contre la goutte et la gravelle. — Le reste du discours de M. Trousseau est consacré à une espèce de profession de foi sur la grande question du vitalisme et du matérialisme. — La thérapeutique, dit M. Trousseau en terminant, sera d'autant plus près de la vérité, qu'on se décidera plus franchement à confesser son ignorance relativement au mode d'action intime des remèdes, que l'on étudiera plus spécialement chaque médicament, que l'on sera plus servilement attaché à l'expérimentation ; ce qui n'exclut ni la spontanéité de la direction primitive des expériences que l'on doit conduire et qui ne doivent pas nous conduire, ni la sagacité dans les recherches, ni même les déductions philosophiques.

Séances du 12 et du 19 juin. — M. *Devergie*, tout en renonçant à suivre M. Trousseau dans les hautes considérations de thérapeutique générale où il s'est engagé, ne peut laisser passer plusieurs assertions de M. Trousseau, qui ont plus spécialement trait à son rapport. Les doutes que M. Trousseau a élevés à l'égard de l'efficacité du perchlorure de fer dans le traitement du purpura hæmorrhagica, paraissent à M. Devergie dénués de tout fondement ; le nombre des cas dans lesquels ce mode de traitement a réussi est, en effet, actuellement de sept, et, dans tous ces faits, la guérison a été obtenue très-promptement. M. Devergie, en présence des dénégations de M. Troussseau, se demande si son honorable contradicteur n'aurait pas eu quelque intérêt personnel à nier l'efficacité du perchlorure de fer. Les faits annoncés par M. Pize portent, en effet, une grave atteinte à la théorie de M. Trousseau relativement à l'action des ferrugineux. Suivant cette théorie, le fer n'exercerait pas une action reconstituante directe en se combinant à certains éléments du sang ; son influence serait toute locale, elle s'exercerait sur la muqueuse gastrique et intestinale, dont elle augmenterait l'activité fonctionnelle ; et c'est en activant ainsi les phénomènes d'assimilation et de nutrition que les ferrugineux deviendraient indirectement des agents reconstituants. D'après

M. Trousseau, l'action du fer serait donc entièrement dynamique; or, l'action extrêmement rapide du perchlorure de fer dans le purpura hæmorrhagica, constatée dans les faits de M. Pize, est complétement en opposition avec cette théorie. — M. Trousseau ne comprend pas comment le perchlorure de fer, absorbé par les veines de l'estomac, charrié par le sang à travers le foie, les poumons, le cœur, etc., n'exercerait son action coagulante que lorsqu'il est arrivé dans l'organe qui est le siége d'une hémorrhagie, l'utérus, par exemple. M. Devergie croit qu'il n'est pas plus facile de dire pourquoi l'action dynamique, admise par M. Trousseau, se localiserait de la même manière, et il pense qu'en somme les deux explications se valent. — M. Trousseau admet d'ailleurs (dans son *Traité de thérapeutique*) une action élective sur certains appareils sécrétoires (les glandes sudoripares chez des phthisiques) pour l'acétate de plomb. Pourquoi la rejette-t-il quand il s'agit du perchlorure de fer? En niant l'absorption du perchlorure de fer, M. Trousseau se met encore en contradiction avec ce qu'il disait tout récemment (même ouvrage), et avec les faits les mieux constatés par les chimistes les plus distingués. Cette absorption ne doit, d'ailleurs, pas nécessairement entraîner la coagulation du sang dans l'appareil circulatoire, comme le croit M. Trousseau; l'alcool, et tant d'autres agents qui coagulent l'albumine, ne pénètrent-ils pas impunément dans le sang? Pourquoi ne pas admettre que le perchlorure de fer, tout en augmentant la plasticité du sang, exerce en même temps une action resserrante sur tout le système capillaire, et arrête ainsi les hémorrhagies? Si cette explication est mauvaise, pourquoi M. Trousseau n'en donne-t-il pas une qui vaille mieux? — Quoi qu'il en soit du mode d'action du perchlorure de fer, dit M. Devergie en terminant, son efficacité dans le traitement du purpura hæmorrhagica est mise hors de toute contestation; c'est un immense service rendu à la science de l'avoir signalée. Je maintiens en conséquence mes conclusions.

M. *Poggiale* reproche à M. Trousseau de n'apporter, à l'appui de ses assertions contradictoires, aucune preuve sérieuse, de n'avoir aucune conviction, et de prononcer, sans trop les connaître, la négation des travaux accomplis par les chimistes et les physiologistes depuis plus de soixante ans. L'orateur aborde ensuite la question du mode d'action des ferrugineux dans la chlorose, et il se déclare partisan de la théorie chimique attaquée par M. Trousseau. Les analyses de M. Reveil sont tout à fait insuffisantes pour justifier les conclusions extraordinaires prises et tirées par M. Trousseau; ces analyses, au nombre de trois seulement, ont été faites, en 1846, par le procédé tout à fait défectueux de M. Margueritte, qui donne nécessairement une trop forte proportion de fer. Il n'y a certes pas là de quoi renverser

de fond en comble la théorie chimique, qui repose sur les savantes recherches de MM. Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier, Le Canu, Tiedemann et Gmelin, etc. Ce n'est pas que M. Poggiale veuille formuler dès aujourd'hui une théorie définitive ; mais il déclare qu'il n'acceptera jamais la doctrine vitaliste. — La conviction arrêtée de M. Poggiale est que le jeu des lois physiques, chimiques et mécaniques, ne peut être supprimé, dans l'économie, par les lois vitales, et qu'il n'y a pas dans l'organisme vivant des phénomènes qui ne se rattachent pas à la nature morte. — Pour prouver que le principe vital n'est pas nécessaire pour expliquer une foule de phénomènes qui ne relèvent que de la physique, de la chimie et de la mécanique, M. Poggiale énumère un grand nombre de combinaisons organiques ou inorganiques qui éprouvent dans l'économie les mêmes altérations que lorsqu'on les soumet aux agents chimiques (transformation, sous l'influence de l'oxygène, des oxalates, acétates, etc., en carbonates ; des sulfures en sulfates). Puis il cite un certain nombre de corps composés que l'on trouve dans l'organisme, et que le chimiste reproduit par simple synthèse de leurs éléments constituants (urée, margarine, butyrine, huile essentielle de moutarde). Donnant un aperçu du rôle et des transformations des aliments dans l'organisme, l'orateur fait ressortir comment les phénomènes de la digestion, de la calorification, de la respiration, sont soumis aux lois physiques et chimiques. — « Mais, dit-il, je prévois une objection qui nous a été adressée bien souvent. Vous comparez donc l'estomac à une cornue ? me dira-t-on. Voici ma réponse. — Non, je ne le compare pas à une cornue, parce que dans la cornue les conditions dans lesquelles les réactions chimiques s'opèrent peuvent être toujours les mêmes, tandis que dans l'acte de la digestion on doit tenir compte des phénomènes chimiques, physiques, mécaniques, et d'autres qui nous échappent. Et puis j'admets que tous ces phénomènes sont dépendants de la vie. — La cornue a aussi ses mystères ; là aussi les phénomènes chimiques peuvent varier sous l'influence d'une température plus ou moins élevée, de la pression atmosphérique, de la lumière, de l'électricité, , de l'eau, etc. » — Après avoir cité d'autres exemples qui prouvent que, même dans le laboratoire, les phénomènes chimiques peuvent varier sous des influences inconnues ou en apparence légères, M. Poggiale ajoute : — « Nous n'avons pas la prétention de remonter aux causes premières ; nous ne connaissons pas le premier moteur, et probablement l'homme ne le connaîtra jamais. Mais, lorsque la machine est organisée, nous admettons que toutes les manifestations de cette cause inconnue sont des phénomènes physico-chimiques. — Nous étudions, autant que nous le pouvons, toutes les conditions de notre organisation si complexe et si mobile ; nous attendons pa-

tiemment avant de déduire une conséquence des faits observés. Mais ce que nous savons aujourd'hui, ce que nous affirmons aujourd'hui, c'est que l'existence des êtres organisés, de l'homme, des animaux et des plantes, n'est qu'une suite non interrompue de réactions chimiques. Voilà notre conquête, et je défie les vitalistes, les dynamistes, de prouver le contraire. De ce que nous ne savons pas comment l'opium fait dormir, comment le sulfate de quinine guérit la fièvre, s'ensuit-il qu'on ne puisse expliquer l'action de ces médicaments que par la *force vitale ?* Cela prouve seulement que nous avons beaucoup à apprendre, et qu'il faut se livrer aux recherches, au lieu de se contenter d'un mot vide de sens. » — M. Poggiale rappelle encore les rapports très-directs qui existent entre les fonctions de la respiration et celles des reins, ainsi que les conditions dans lesquelles se développe la diathèse urique ; il insiste sur les variations de l'urine sous l'influence de l'alimentation. « De même, dit-il, si l'on examine la composition et les propriétés physiques et chimiques des principales sécrétions, telles que la sueur, la bile, le lait, la salive, le suc pancréatique, le suc gastrique, le sang, le chyle et la lymphe, on trouve que tous jouent, dans l'économie, un rôle important, et que, le plus souvent, ce rôle ne peut être expliqué que par les actions physiques, chimiques et mécaniques. — Si la chimie ne rend pas encore les services qu'on attend d'elle, c'est, comme on l'a fait remarquer ailleurs, *la faute du temps et non celle d'un principe*. Les générations futures feront ce que nous n'avons pu faire ; car, si les grands travaux qui honorent notre siècle pouvaient être inutiles, il faudrait désespérer de l'avenir de la médecine. » — Tout en reconnaissant que nous sommes loin de pouvoir expliquer d'une manière rationnelle l'action des médicaments dans l'économie, M. Poggiale se demande si réellement il n'est pas possible de rattacher cette action à la théorie physico-chimique ; il définit les médicaments des substances qui ne servent pas à la nutrition, mais qui modifient les propriétés physiques et chimiques des solides et des liquides de l'économie, de manière à rétablir les fonctions physiologiques. — La plupart des substances médicamenteuses sont éliminées, soit telles qu'on les a introduites dans l'économie, soit après avoir subi des altérations chimiques spéciales. — Certaines substances introduites dans l'économie donnent lieu, par des décompositions ou des combinaisons chimiques, à des produits nouveaux, qui sont vénéneux. C'est ainsi que le protochlorure de mercure peut se convertir en bichlorure, que l'arsenic métallique ne devient réellement toxique qu'en se transformant en acide arsénieux ou en arsénite ; c'est ainsi que le cyanure de mercure et le cyanure de potassium ne sont promptement mortels qu'en se décomposant en présence des acides de l'estomac et

en donnant de l'acide cyanhydrique. Nul doute que beaucoup de substances n'éprouvent dans l'économie des modifications chimiques semblables, qui en font des médicaments et des poisons. — Il est des substances qui agissent comme coagulants des matières albuminoïdes : tels sont le chlore, le brome, l'iode, les acides minéraux, un grand nombre de composés salins, les sels de fer, par exemple, l'acide tannique, l'alcool, la créosote. Il en est d'autres qui fluidifient les matières albuminoïdes, comme les oxydes alcalins, les carbonates alcalins et l'ammoniaque.

M. Piorry, il y a trois ans environ, a administré avec succès le perchlorure de fer à des malades atteints d'affections hémorrhagiques, et particulièrement dans quelques cas de purpura hæmorrhagica ; il est vrai qu'il administrait en même temps les sucs d'herbes. — Quant au mode d'action interne du perchlorure de fer sur nos humeurs et sur nos tissus, M. Piorry déclare qu'il aime mieux les explications qu'en donnent les chimistes que l'interprétation proposée par les vitalistes ; d'ailleurs, pour ces derniers, ces questions sont oiseuses et importent peu. — Il énumère un grand nombre de circonstances dans lesquelles les sciences physico-chimiques trouvent une application utile en médecine, et en déduit cette conséquence, que rien n'est vide de sens comme les hypothèses invoquées par les vitalistes : « Quand on ne sait pas, dit-il, quand on ne peut pas expliquer certains phénomènes, mieux vaut se taire que faire du mauvais vitalisme. »

Séance du 10 juillet. L'orateur a tracé à grands traits l'histoire du vitalisme, dont il trouve la cause et le point de départ dans le penchant naturel de l'homme au mysticisme et aux abstractions : l'archée de Van Helmont, l'âme de Stahl, la nature de Sydenham, l'irritabilité hallérienne, le principe vital de Bailly, les propriétés vitales de Bichat, le magnétisme, l'homœopathie, les esprits frappeurs, ne sont que des manifestations successives, et toujours semblables, au fond, du même besoin du merveilleux. — « Tout le monde, dit M. Piorry, est d'accord sur un grand fait, à savoir : que, dans les corps organisés vivants, les phénomènes qui s'y passent sont sous la dépendance de la vie, et sont accomplis par des organes également vivants. Mais comment et sous l'influence de quelle force, de quel agent, s'accomplissent les phénomènes de la vie ? C'est ici qu'on cesse de s'accorder. Les vitalistes veulent tout expliquer ; les organiciens, les chimistes, les mécaniciens, s'en déclarent incapables et aiment mieux avouer leur ignorance. — Parmi les vitalistes, les uns veulent que la vie soit le résultat de propriétés spéciales dont ils gratifient arbitrairement la matière, et qu'une aptitude particulière soit dévolue à chaque appareil organique. Mais que sont les propriétés, que sont les aptitudes, en dehors de l'organe ? Est-il raisonnablement possible de les concevoir isolés de la structure anatomique ? Les

aptitudes, les propriétés, sont si étroitement liées à la disposition organique, que, lorsque cette disposition change, les aptitudes de l'organe sont modifiées aussi. » — D'autres encore admettent un point de départ, matériel ou non, suivant la manière dont on l'examine : c'est l'âme. Ce point de départ, que M. Piorry admet pour sa part, détermine l'organisation ; mais on ne peut agir sur lui, et force est bien de retomber dans l'organicisme, et de s'adresser, quand on est médecin, aux organes, non à l'âme, qui est intangible. M. Piorry ne peut comprendre les prétentions mystiques de ceux qui envisagent la vie arbitrairement, qui individualisent les forces vitales, et qui ont la singulière idée d'agir immédiatement sur ces forces. Evidemment les médicaments n'agissent pas sur les forces organiques, mais sur les organes. Comment? Nous n'en savons rien ; mais il ne faut pas désespérer des progrès de la physique, de la chimie et de la physiologie, et peut-être ces sciences expliqueront-elles un jour la raison de ces phénomènes, jusque-là inexplicables. — M. Piorry cherche enfin, dans l'histoire du vitalisme, les conquêtes que cette doctrine a fait faire à la thérapeutique; il n'en trouve nulle part. Le bilan du vitalisme s'établit par un zéro.

M. *Gimelle*, dans une courte allocution, fait une profession de foi vitaliste ; il déclare qu'il restera vitaliste tant que la chimie ne parviendra pas à établir la synthèse des substances animales dont elle aura retiré les éléments par l'analyse.

Séance du 17 juillet. — M. *Bouillaud*, acceptant le terrain sur lequel M. Trousseau a porté le débat, vient à son tour faire sa profession de foi ; mais, auparavant, il prie M. Trousseau de vouloir bien dissiper l'incertitude qui subsiste à l'égard de ses opinions, et de déclarer d'une manière formelle s'il est vitaliste, animiste ou organicien.

M. Trousseau, répondant à ces interpellations, s'exprime en ces termes : « Je crois qu'il n'y a chez l'animal vivant aucune manifestation qui ne suppose un *substratum*, c'est-à-dire un tissu ou un organe. Je suis donc organicien. — Je crois, comme Descartes, que chez l'homme (et j'ajouterai chez les animaux), il y a un principe immatériel et libre, mais qui ne se mêle pas du *pot-au-feu* de l'économie. Je ne suis donc pas animiste. — Je crois que la matière vivante a des manifestations qui lui sont propres, qui n'appartiennent qu'à elle. Je les appelle *forces vitales* ou *propriétés vitales*. Je suis donc vitaliste. »

M. *Bouillaud*, se déclarant satisfait de cette explication, passe à la question de la chlorose, soulevée précédemment par M. Trousseau. Il critique vivement les opinions émises à cet égard par son collègue. Loin de voir dans la chlorose un effet de l'aménorrhée, M. Bouillaud la considère comme la cause de la suppression des règles , et il met M. Trousseau au défi de lui

montrer un seul cas dans lequel le rapport inverse entre ces deux éléments puisse être démontré.— Relativement au rôle des forces physiques et chimiques dans l'économie, M. Bouillaud se rallie, presque sans réserve, aux opinions développées par M. Poggiale. Pour lui, les sciences physico-chimiques ne sont pas, comme on le dit, des *accessoires,* mais des *constituantes* de la médecine. Il répond à M. Gimelle, qui demande aux chimistes de faire du sang, que l'on en fait tous les jours en administrant du fer dans la chlorose; prenant pour exemple les phénomènes de la nutrition et de la chaleur animale, il établit qu'il se passe incontestablement dans l'économie vivante des actes physiques et chimiques, mais il ajoute que rien ne préjuge qu'il ne puisse s'y passer autre chose. — M. Bouillaud passe ensuite rapidement en revue les doctrines les plus saillantes qui se sont produites relativement à la nature de l'homme, à l'existence de l'âme, de la force vitale, etc., et il déclare qu'il n'accepte définitivement aucun de ces systèmes ; qu'en dernière analyse, il lui reste une inconnue. Il reconnaît que l'homme est doué de facultés qui sont son apanage exclusif, qu'il y a en outre dans l'homme quelque chose qui préside à tous les phénomènes de l'économie vivante, mais il avoue qu'il ignore ce que c'est que cet agent suprême, et quels sont les rapports dans lesquels il se trouve placé à l'égard de l'organisme.

Séance du 24 juillet. — M. *Gibert* croit que l'union de l'âme et du corps est et sera toujours un mystère; c'est donc une question qui doit être exclue du débat, et M. Trousseau s'est beaucoup trop avancé en la tranchant aphoristiquement dans la dernière séance. — « La grande erreur de nos adversaires de l'école organique, dit l'orateur, est de croire que nous prenons la vie comme une explication, tandis que nous nous bornons à l'adopter comme un fait. — A la vérité, ce fait est un fait de principe qui a ses lois et ses conséquences... Mais, avec Hippocrate, qui l'avait recommandé deux mille ans avant notre savant et éloquent collègue M. Bouillaud, nous cherchons à les déduire de l'observation et de l'expérience. — La véritable question, qui n'a pas même été posée dans tout le cours de cette longue discussion, et qui pourtant fait tout le fond de la division entre les vitalistes ou hippocratistes et les organiciens, c'est celle de savoir si la vie est *une cause* ou *un effet.* — C'est de là que découle l'opposition en physiologie, en pathologie, en thérapeutique, entre les uns et les autres. — Les hippocratistes considèrent l'économie vivante comme animée par un *consensus,* un ENORMON, qui fait converger tous les actes de la vie vers un but commun, qui tend sans cesse à défendre le corps contre les agents physiques et chimiques, en se les assimilant ou en les annulant au besoin, qui cherche à rétablir l'é-

quilibre des fonctions lorsqu'il vient à être troublé... Tandis que les organiciens purs ne voient dans l'homme qu'une mécanique plus ou moins perfectionnée, dont les dérangements matériels réclament à chaque instant les efforts réparateurs de l'artiste armé de toutes les ressources matérielles de la physique et de la chimie. » — M. Gibert admet, avec tous les vitalistes, que les sciences physiques et chimiques revendiquent avec raison une place importante dans la science de l'homme en général et dans la médecine en particulier ; mais ce n'est pas là le tout de l'homme, et M. Bouillaud, aussi bien que M. Poggiale, est bien obligé d'admettre qu'il y a dans l'homme autre chose que de la mécanique, autre chose que de la physique, autre chose que de la chimie... et cette autre chose, c'est la vie, c'est la *force vitale* qui se montre si souvent en opposition directe avec les forces physiques et chimiques. — L'orateur maintient, par conséquent, que le principe vitaliste est resté debout dans cette discussion. Il ajoute, pour la thérapeutique, que les connaissances physiques et chimiques les plus perfectionnées n'ont jamais pu et ne pourront jamais nous fournir un seul remède sans l'intervention de l'observation clinique, seule apte à nous révéler expérimentalement ou *empiriquement* ce qui peut être utile ou nuisible au malade, indépendamment de toute théorie préconçue.

M. *Malgaigne*, dans un long discours, plaide la cause du vitalisme : il discute en détail le discours de M. Poggiale ; il reconnaît que la chimie a réalisé d'immenses progrès et qu'elle en fera sans doute bien d'autres, mais il ne croit pas qu'elle donnera jamais l'explication de tous les phénomènes de l'économie vivante. Il fait remarquer que la chimie n'a jamais pu produire par voie de synthèse que des composés organiques cristallisables ; il lui a été impossible de faire de l'albumine, de la fibrine ; mais, quand même elle y réussirait, il faudrait encore, dit l'orateur, que l'on pût constituer ces principes en tissus ; « le tisserand devra prendre la place du chimiste. Eh bien, l'avenir est grand, j'accorde que vous trouverez ce tisserand ; vous n'en serez pas plus avancés ; car je vous livre, moi, l'albumine, la fibrine, les tissus, les organes : voilà, sur cette table, l'organisation achevée, voilà le cadavre. A quelle science physique ou chimique allez-vous faire appel pour lui donner la vie, pour lui dire : Ressucite et lève-toi ! — C'est qu'il y a entre ce grand phénomène de la vie et tous ceux que peuvent produire la physique et la chimie un abîme infranchissable, dont ces sciences ne sauraient descendre seulement les premiers degrés. Certes, je ne veux pas nier qu'elles ont une part, une belle et large part, dans l'explication de plusieurs de nos fonctions : je ne nierai ni les services rendus ni ceux qu'elles peuvent rendre encore ; mais, lorsqu'elles élèvent plus haut leurs prétentions, la médecine, la vraie médecine,

doit les repousser et les combattre ; et même, pour certaines de leurs théories secondaires, il est essentiel d'y regarder de très-près. — C'est ainsi que, d'après M. Malgaigne, la théorie de la chaleur animale, telle qu'elle a été donnée par Lavoisier et ses successeurs, est essentiellement fausse ; elle ne repose que sur des calculs imaginaires, et, loin de se réchauffer dans les poumons, le sang s'y refroidit. » — M. Malgaigne relève plusieurs passages du discours de M. Poggiale, dans lesquels cet académicien reconnaît que les réactions chimiques de l'économie s'opèrent sous la dépendance de la vie ; mais ce que M. Poggiale appelle ici la *vie*, n'est-ce pas une force? et alors pourquoi ne l'appellerait-on pas *force vitale?* — « Toute science débute par l'observation pure : on recueille des faits, on les accumule : ce sont des matériaux pour la science, mais ce n'est pas encore la science. Celle-ci commence à se former quand, comparant les faits, elle range à part tous ceux qui semblent se produire dans les mêmes conditions, obéir à la même loi ; elle établit ces premières lois, généralement d'ordre secondaire ; puis ces lois secondaires se rangent à leur tour sous un principe supérieur, et de lois en lois, d'échelons en échelons. A la fin, vient un homme de génie qui rallie le tout à une loi suprême, terme fatal au delà duquel l'esprit humain ne saurait aller, du moins avec sécurité. Cette loi suprême, ce principe suprême, nous en ignorons la nature ; c'est l'inconnu, c'est l'x dont se servent les algébristes. Il lui faut un nom cependant, si l'on veut s'entendre ; les physiciens, les chimistes, les astronomes, n'en ont pas trouvé qui répondît mieux à leur pensée que celui de *forces*. Ces forces varient cependant ; il a fallu encore les spécifier : c'est l'attraction, c'est l'affinité, c'est l'électricité, le calorique, etc. M. Poggiale lui-même, si sévère pour le langage d'une autre science, ne s'est pas fait faute, dans son discours, de parler des *forces chimiques* et de *la puissance des forces chimiques*. — Eh bien ! Messieurs, que faisons-nous lorsque nous étudions l'organisation vivante ? Nous constatons d'abord un certain nombre de faits qui sont du ressort de la physique, de la chimie ; mais, au delà de ces faits, il y en a d'autres que la physique et la chimie sont impuissantes à expliquer. Nous comparons ces faits, nous rangeons à part ceux qui ont entre eux le plus d'analogie, nous en déduisons des lois partielles ; puis, quand nous arrivons à considérer l'ensemble, nous nous élevons nécessairement, inévitablement, à l'idée d'une loi supérieure, d'un principe supérieur qui régit tout : c'est là notre x, notre inconnue. Comme les physiciens, comme les chimistes, n'avons-nous pas trouvé de mot plus simple à lui appliquer que celui de *force;* et comme cette force diffère de toutes les autres, il a bien fallu la caractériser : nous l'avons appelée *force vitale*. D'autres se sont servis de noms différents, et plus

particulièrement de celui de *nature*. Pourvu que le sens soit le même, je ne dispute pas sur les mots. » — M. Malgaigne se livre ensuite à la critique de l'organisme. Il examine çà et là un certain nombre de passages du livre de M. Rostan sur cette doctrine, et s'applique à démontrer que, d'une part, elle ne suffit pas pour rendre compte de tous les faits, et que, d'un autre côté, elle est forcée de recourir fréquemment à des hypothèses qui sont autant de concessions faites au vitalisme. L'organicisme en revient, malgré lui, à une *cause*, à une *puissance occulte*. En outre, en s'en tenant aux organes, il morcelle la pathologie; plus de lien, plus de lois générales. Pour M. Rostan, la pathologie repose sur les altérations anatomiques : M. Piorry en vient à proscrire l'expectation. La thérapeutique arrive enfin à ce résultat, qu'elle compte des succès plus rares que ceux qu'obtient l'homœopathie dans un des hôpitaux de Paris. -- Plusieurs membres de l'Académie protestent avec force contre cette assertion. — M. Malgaigne répond qu'il désire que ce que l'on a affirmé à cet égard ne soit pas vrai, mais que cela pourrait bien être exact cependant. — « Revenons, poursuit-il, aux propriétés de la matière. Quelques-uns regardent l'attraction, l'affinité, le calorique, l'électricité, comme des propriétés de la matière. John William Herschel regarde le calorique et l'électricité comme des formes impondérables de la matière. On peut bien se hasarder dans cette direction. — Que peut-on appeler propriétés de la matière? C'est ce qui ne la quitte jamais, ce qu'elle retient constamment, uniformément, sans altération, diminution ni augmentation. L'attraction et l'affinité en sont là. Mais, si une force quelconque, bien que partout répandue, peut être soutirée, diminuée dans un corps, pour être accumulée dans un autre, cela m'a bien l'air de quelque chose d'indépendant, comme l'électricité l'est de la bouteille de Leyde, qu'on charge et qu'on décharge à volonté, sans que rien dans la matière qui la compose ait changé. — Cela est plus frappant pour la force vitale. D'abord, elle n'est pas inhérente à la matière. Pendant des milliers d'années, elle n'existait pas; elle a été créée. D'un peu d'oxygène, d'hydrogène, d'azote et de carbone, elle a fait les plantes et les animaux; elle ne se borne pas à ajouter de nouvelles propriétés à la matière, elle lui en ôte d'anciennes, elle la transforme. Une ou deux fois elle a été vaincue; elle a repris, et la lutte se poursuit entre elle et la matière. Cette force, enfermée dans l'ovule d'une graine, va s'emparer de la matière brute, l'air et l'eau. N'y a-t-il pas là quelque chose de surajouté? Rien; mais la matière a changé : laissez la telle qu'elle est, supprimez la force, le végétal va mourir. — Je penche donc fortement à regarder la force vitale comme indépendante jusqu'à un certain point; douée d'une sorte d'instinct ayant pouvoir de composer et de décomposer, de faire monter la matière brute à l'état

organique, de faire redescendre la matière organique à l'état de matière brute, et je dis : La vie est la lutte de la force vitale contre la matière brute. — Je me résume : il faut espérer que les médecins arriveront enfin à reconnaître que la première condition d'une observation sérieuse, c'est de ne pas abandonner son sujet propre pour s'égarer sur les objets voisins : que l'anatomie, la physiologie, la chimie, peuvent apporter d'utiles secours à la pathologie, mais ne sauraient constituer la pathologie même; que l'anatomie pathologique en fait bien une partie, mais non pas la partie la plus importante, et qu'en définitive, l'objet essentiel de la médecine étant l'homme vivant et malade, c'est l'homme vivant et malade qu'il faut avant tout, après tout et par-dessus tout, étudier. »

Séance du 31 *juillet.* — M. *Poggiale,* pour défendre son premier discours contre les attaques de M. Malgaigne, en donne comme une nouvelle édition, corrigée et augmentée. — « En résumé, dit-il, il est impossible d'admettre que les substances de l'organisme vivant soient soustraites aux lois de la physique et de la chimie. Nous considérons, au contraire, comme démontré que les mêmes lois président aux transformations qui s'opèrent dans l'économie aussi bien que dans les corps bruts. Les matières organiques éprouvent des transformations variées, et l'on comprend que les forces physiques et chimiques produisent des résultats différents dans la nature organisée et dans la nature morte. Ce sont d'autres appareils et d'autres opérations, comme l'a dit M. Bouillaud dans son savant discours. La science ne permet pas d'expliquer les propriétés du système nerveux et de remonter à la cause des phénomènes qu'on appelle *vitaux ;* mais ce n'est pas une raison pour supposer une force nouvelle qui n'est soumise à aucune loi, et qui par conséquent, au lieu d'appartenir aux sciences physiques, est du domaine de la métaphysique, dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Dans les sciences, expliquer un phénomène, c'est le soumettre à des lois connues, et la physiologie ne pourrait être placée parmi les exactes, si elle admettait un principe vital, une force vitale. »

Séance du 14 *août.* — M. *Piorry* défend l'anatomie pathologique contre les accusations de M. Malgaigne ; il trouve que M. Malgaigne est beaucoup plus organicien qu'il ne le croit ; que d'ailleurs, dans la querelle des vitalistes et des organiciens, il y a plutôt des discussions sur les mots que sur le fond des choses : tout le monde est à la fois organicien et vitaliste. — M. Piorry termine son discours par la phrase suivante : — « Cette discussion aura, je l'espère, l'immense avantage de nous débarrasser, au moins pour un temps, de ces phrases banales et sonores où, faute d'études sévères, on ne cesse de faire retentir les mots *vitalisme* et *force vitale.* »

Sur l'emploi du perchlorure de fer contre le purpura, il a été publié les observations suivantes :

— Purpura hæmorrhagica grave. Traitement par le perchlorure de fer. — Guérison, par M. Argoing. (Gazette des hôpitaux, p. 67.)

— Observation de purpura hæmorrhagica, traité avec succès par le perchlorure de fer, par M. Zane. (Union médicale, t. VII, p. 56.)

— Observation de purpura hæmorrhagica fébrile, guéri par le perchlorure de fer, par M. Mazaé Azéma. (Gazette médicale, p. 686.)

— Purpura hæmorrhagica survenu après une rougeole régulière, et guéri par l'emploi du perchlorure de fer, par M. Lizé. (Union médicale, t. VI, p. 564.)

— Purpura hæmorrhagica, traité par le perchlorure de fer, par M. Mignot. (Gazette des hôpitaux, p. 311.)

— Purpura. — Emploi du perchlorure de fer, par M. Soufflet. (Gazette des hôpitaux, p. 554.)

— Observation de purpura hæmorrhagica très-grave, traité avec succès par l'emploi du perchlorure de fer, par M. Sassier. (Union médicale, t. VII, p. 324.)

— Observation de purpura hæmorrhagica, traité et guéri par le perchlorure de fer, par M. Bertet. (Union médicale, t. VII, p. 391.)

— Observation de purpura hœmorrhagica, dans lequel l'emploi du perchlorure de fer n'a pu empêcher une terminaison funeste, par M. Pons. (Union médicale, t. VII, p. 488.)

Purpura, par M. Huet. (Union médicale, t. VIII, p. 557.)

M. Huet a observé à la prison des jeunes détenus une petite épidémie de purpura. En ce qui concerne le perchlorure de fer, il n'a pas observé que ce médicament amenât une guérison plus sûre ou plus rapide que les toniques en général. La circulation artérielle lui a paru à peu près insensible à l'action du perchlorure de fer.

Quelques réflexions sur une épidémie de purpura observée à l'hôpital militaire de Lille, en 1860, par M. Fernandez-Meunilla. (Thèses de Paris. n° 219.)

Il n'y a qu'une seule espèce de purpura, dont on pourra distinguer deux degrés (*simplex* et *hæmorrhagica*). Le purpura est la même chose que le scorbut. — Dans le traitement, les antiscorbutiques purs doivent avoir le pas sur tous les autres agents ; le perchlorure de fer n'a pas une puissance d'action plus grande

que celle des simples ferrugineux, et, à ce point de vue, on doit préférer les préparations dont l'absorption directe est plus facile.

Quelques considérations sur le purpura hæmorrhagica idiopathique (maladie tachetée hémorrhagique de Werlhoff, morbus maculosus hæmorrhagicus Werlhoffii), par M. Léo de Perry. (Thèses de Paris, nº 117.)

L'auteur dit que ses recherches l'ont amené aux conclusions posées par M. Bucquoy, conclusions ainsi formulées : — Le purpura hæmorrhagica doit être distingué en idiopathique et symptomatique : le premier seul correspond à la maladie appelée par Werlhoff *morbus maculosus hæmorrhagicus ;* on ne peut admettre avec les auteurs un purpura *simplex* et un purpura *hæmorrhagica*, cette affection étant toujours essentiellement hémorrhagique, même dans les cas les plus simples. Le purpura ne reconnaît pas seulement pour cause l'affaiblissement produit par les privations, les chagrins ou une mauvaise hygiène, on le rencontre au moins aussi fréquemment chez les sujets jeunes, vigoureux et dans la plénitude de la santé : c'est à tort qu'on admet dans le purpura une altération constante du sang, elle manque souvent, surtout au début de la maladie ; quand elle existe, tantôt c'est la défibrination, tantôt, au contraire, un état tout opposé, correspondant à la pléthore. Ce caractère différencie le purpura du scorbut, dans lequel l'altération est primitive et consiste dans l'état de dissolution ; dans un certain nombre de cas, le purpura hæmorrhagica, accompagné de fièvre, a la plus grande analogie avec les affections éruptives : on peut, pour le distinguer, lui donner le nom de *purpura exanthématique ;* on doit ranger le purpura dans les hémorrhagies ; affection toujours essentielle, elle doit y occuper le premier rang ; enfin, le traitement du purpura repose sur deux indications principales, qui résultent de la nature sthénique ou asthénique de la maladie.

Observations de purpura, par M. Worms. (Gazette hebdomadaire, p. 444 et 484.)

M. Worms rapporte trois cas de purpura : une de ces observations lui paraît surtout intéressante, c'est un cas de purpura aigu simulant dans son invasion le rhumatisme articulaire aigu. — Ce purpura fébrile a été encore remarquable en ce que l'hémorrhagie sous-cutanée a déterminé la mortification des ecchymoses ; du reste, cicatrisation rapide des petites plaies et guérison du malade.

Du purpura hæmorrhagica de nature rhumatismale, par M. Japhet. (Gazette des hôpitaux, p. 90.)

Une observation qui semble établir l'existence d'un purpura

hæmorrhagica de nature rhumatismale. — Un homme, au quatrième jour de l'invasion d'un rhumatisme articulaire aigu, a présenté des taches ecchymotiques qui ressemblaient à celles du purpura, dont cet homme ne présentait auparavant aucune trace.

De la chromhydrose.

Nous aurons dans un prochain volume à résumer une importante discussion sur ce sujet. Les opinions sur la chromhydrose ont tellement changé en peu de temps, que nous croyons bien faire en ne donnant aujourd'hui que le titre des observations publiées :

—Une observation de coloration noire des paupières (chromhydrose), recueillie à Brest, par M. Hardy. (Union médicale, t. V, p. 437.)

— Nouveau cas de coloration noire des paupières (chromhydrose), par M. de Méricourt. (Gazette des hôpitaux, p. 117.)

— De la chromhydrose, par M. Fonssagrive. (Gazette hebdomadaire, p. 327.)

— Nouvelle observation de coloration noire des paupières ou chromhydrose, par M. Fauvel. (Union médicale, t. VI, p. 404.)

De l'emploi du chlorure de zinc dans le traitement des maladies de la peau, par M. Veiel. (Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zuwien, 20 février, et Archives générales de médecine, août, p. 217.)

L'auteur se sert soit d'une dissolution alcoolique (à parties égales d'alcool et de chlorure de zinc), soit d'une dissolution aqueuse (10 parties de chlorure de zinc et 10 d'acide chlorhydrique pour 500 d'eau), soit enfin du caustique solide en cylindres obtenus par fusion.—Voici comment M. Veiel appliquait le chlorure de zinc dans le lupus : — Lorsque l'épiderme est détruit et remplacé par des croûtes plus ou moins épaisses, on les fait tomber à l'aide de cataplasmes émollients; dans les cas où l'épiderme est intact, on n'applique le chlorure de zinc qu'après avoir préalablement appliqué un vésicatoire et dénudé ainsi le derme. A l'aide d'un crayon de chlorure de zinc taillé en pointe, on pénètre profondément dans les tissus hypertrophiés ou surmontés de tubercules, de manière à porter le caustique sur tous les points affectés; on continue, en outre, cette opération dans un rayon de 2 à 3 lignes, tout autour de la lésion. Immédiatement après cette opération, la surface criblée de trous, assez analogue à un rayon de miel, laisse suinter un liquide sangui-

nolent, noirâtre, puis une sérosité d'une couleur moins foncée, qui se concrète, au bout de quelques heures, en une croûte lisse et ferme. Vers le troisième ou le quatrième jour, un pus séreux soulève les bords de cette croûte, et on lui donne issue à l'aide de quelques ponctions. Vers le sixième ou le huitième jour, la croûte se soulève sur ses bords, et peut être détachée par des applications de cataplasmes continuées pendant plusieurs jours. Il est rarement nécessaire de renouveler l'application du caustique plus de trois fois ; toutefois, dans les cas où le tissu morbide a une grande épaisseur, il faut y revenir beaucoup plus souvent. Lorsque la surface suppurante, qui succède à la chute des escarres, ne présente plus aucun bourgeon de mauvaise nature et s'est élevée au niveau des parties saines, on la recouvre de cataplasmes pendant quelques jours, puis on la touche légèrement avec la solution alcoolique de chlorure de zinc tous les trois ou quatre jours. Lorsque les bords commencent à se rétracter, on substitue la solution aqueuse à la solution alcoolique, et on continue à appliquer cette solution jusqu'à guérison complète. Le temps nécessaire pour obtenir ce résultat dépasse rarement trois ou quatre mois.—M. Veiel se sert avec avantage de la solution alcoolique de chlorure de zinc pour guérir l'eczéma, le psoriasis, le sycosis et le favus.

Des applications que l'on peut faire du perchlorure de fer à la thérapeutique des maladies de la peau, par M. Devergie. (Bulletin de thérapeutique, t. LVIII, p. 289.)

L'utilité du perchlorure de fer dans le *purpura hæmorrhagica* et dans le *purpura simplex* a été récemment, à l'Académie, l'objet de discussions sur lesquelles nous ne reviendrons pas. Mais ce ne sont pas là les seules affections cutanées dans lesquelles on dit avoir obtenu des résultats très-avantageux du perchlorure de fer. M. Devergie l'a expérimenté sur une échelle assez large, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Il s'est servi de la solution la plus usitée, celle de 30 degrés. —A l'intérieur, cette solution a été administrée dans un julep simple, à la dose de 10 à 30 gouttes, prises en trois fois dans la journée. M. Devergie a observé que, dans toutes les maladies de la peau avec état cachectique (*rupia simplex*, *rupia hæmorrhagica*, *ecthyma cachecticum*, *impetigo scabida*, *scorbut*), ce médicament relève les forces du malade, et contribue à la guérison de l'affection cutanée. — A l'extérieur, M. Devergie a employé le perchlorure de fer en lotions et en pommades. Il a formulé des pommades depuis 5 décigrammes jusqu'à 8 grammes de solution de perchlorure. Cette dernière dose, dit-il, donne une pommade très-styptique ; des maladies sécrétantes seraient tout à fait surexcitées par des pommades

qui dépasseraient 2 grammes. Ces pommades ont l'inconvénient de tacher le linge et d'y laisser un dépôt de rouille, qui ne disparaît que fort incomplétement à la lessive. De plus, elles jaunissent d'abord la peau, puis se décomposent à l'air ; le peroxyde de fer mis à nu, la pommade devient rouge, la peau se colore de la même manière, l'oxyde adhère à la peau à un point tel que le savon n'enlève pas complétement cette coloration. M. Devergie n'a réussi que fort incomplétement à faire disparaître cet inconvénient à l'aide d'eaux de lavage spéciales. Ce qui lui a réussi le mieux, c'est une dissolution de 4 à 6 grammes de carbonate de potasse dans 30 grammes de glycérine, à l'aide de quelques gouttes d'eau ; mais on comprend que ce moyen est peu applicable à des surfaces rendues plus sensibles par une maladie de la peau. — Les applications topiques de perchlorure de fer guérissent très-rapidement toutes les affections de la peau avec ulcérations, le *rupia*, l'*ecthyma cachecticum*, les ulcérations syphilitiques (pour celles-ci, M. Devergie ne cherche à les cicatriser rapidement que lorsqu'elles ont par elles-mêmes une certaine gravité), les ulcérations scrofuleuses, à condition que ces affections ne soient pas à l'état aigu. — Le perchlorure de fer rend de grands services dans diverses maladies sécrétantes de la peau. Il n'est applicable qu'à la période décroissante de ces maladies. C'est surtout dans les formes lymphatiques que le perchlorure décèle toute sa puissance, et notamment dans les formes rebelles et limitées : l'eczéma des seins ou du nombril, l'intertrigo très-chronique, les plaques d'eczéma lichénoïde isolées sur le dos des mains ou ailleurs. — Enfin, le perchlorure de fer associé à l'axonge, à dose assez élevée, devient un modificateur utile de certaines affections squameuses, et permet de diminuer le temps durant lequel les malades devraient être soumis à l'usage des pommades au goudron et à l'huile de cade, dont l'usage est si désagréable.

Lotions contre les éphélides, par M. Hardy.
(Bulletin de thérapeutique, t. LVIII, p. 361.)

Eau distillée.....	125 grammes.
Sublimé.....	50 centigrammes.
Sulfate de zinc.....	2 grammes.
Acétate de plomb.....	2 —
Alcool pour dissoudre le sublimé.	Q. S.

à employer en lotions, le matin et le soir. Quand ce topique échoue, les eaux de Baréges ou de Luchon, administrées en douches locales sur les parties affectées, y produisent une inflammation légère qui favorise la résorption des amas de pigment dont se composent les éphélides.

Ephélides ; teinture d'iode et deutochlorure de mercure, par M. Caffe. (Répertoire de pharmacie, août.)

L'auteur emploie avec succès les badigeonnages avec la teinture d'iode et les lotions avec :

Pr. Sublimé corrosif.....	1	gramme.
Alcool à 25 degrés.....	4	—
Eau distillée de laurier-cerise....	25	—
Eau distillée.....	500	—

Mêlez.

Traitement de l'eczéma chronique par l'extrait hydroalcoolique d'hydrocotyle asiatica, par M. Hillairet. (Gazette des hôpitaux, p. 102.)

M. Hillairet rapporte une observation d'eczéma chronique guéri par l'hydrocotyle. Des remarques qu'il fait à ce propos, il résulte que si la lèpre tuberculeuse et diverses autres maladies cutanées n'ont pas été guéries par l'hydrocotyle, plusieurs cas d'eczéma chronique l'ont été ; c'est à l'extrait alcoolique de cette ombellifère qu'il faut surtout avoir recours ; les doses doivent être progressivement élevées jusqu'à 0,75 centigrammes, 1,50 et peut-être plus, selon l'état des sujets.

Traitement de l'acné, par M. Rochard. (Gazette des hôpitaux, p. 523.)

Dans cet article, M. Rochard défend l'iodure de chlorure mercureux contre quelques attaques dont il avait été l'objet. L'auteur pense que ce sel est préférable aux sels de mercure, que ses effets sont toujours les mêmes, et qu'il convient dans les cas légers comme dans les cas graves.

Snr les parasites végétaux de la peau humaine, par M. Hogg. (British medical journal; Union médicale, t. V, p. 66.)

Le but que se propose l'auteur de ce travail est, d'abord, de donner un exposé sommaire de l'histoire des productions parasitiques végétales dans les maladies de la peau ; en second lieu, de vérifier l'exactitude de la théorie fondée sur les observations des médecins qui attribuent certaines formes de maladies cutanées aux ravages occasionnés par des végétaux parasites, et enfin de présenter quelques remarques sur l'histoire naturelle des végétaux parasites.—D'après ses observations, M. Hogg pense que les parasites végétaux que l'on rencontre dans les maladies de la peau et des bulbes pileux sont, non pas la cause, mais bien le résultat de la maladie cutanée. — Voici sur quels motifs se base la conclusion que nous venons d'énoncer : — 1° S'il existe

des exceptions à cette loi : que les parasites choisissent de préférence les tissus en voie de décomposition, on n'en trouve pas pour les végétaux de la famille des fungus qui tirent invariablement et exclusivement leur nourriture des tissus où la vitalité est affaiblie, qui sont en voie de décomposition, ou même dont la décomposition est déjà commencée. — 2° Le développement de ces *fungus* n'est pas nécessairement pathognomonique d'une maladie spéciale ; cela est démontré par ce fait qu'on les rencontre dans presque toutes les espèces de maladies chroniques de la peau. Ainsi sur une vingtaine de cas de lèpre ou de psoriasis, dont les produits ont été examinés, on a trouvé au moins dix fois des traces évidentes de productions fungoïdes. On les a également trouvées deux fois sur trois cas de lichen, quatre fois sur six cas d'eczéma, dans un cas d'ichthyose et dans un cas de spilus. On ne soupçonnait dans aucune de ces maladies la présence du fungus, et cependant on en a observé dans le plus grand nombre des cas soumis à l'examen. — 3° Certains observateurs, bien que très-compétents, n'ont pas pu trouver de fungus dans les maladies où ils croyaient les rencontrer.

Il n'existe pas de parasites spéciaux à telle ou telle maladie de la peau, et causant cette maladie. Du moins les résultats donnés par la thérapeutique nous confirment dans cette opinion : en effet, on guérit rarement, si toutefois on guérit, ces maladies parasites en détruisant le parasite, et, d'un autre côté, on en guérit un bon nombre en administrant les médicaments altérants ou toniques qui remédient au vice du sang auquel la maladie est due.

De la dartre de l'espèce bovine et de sa contagion de l'animal à l'homme, par M. Houlez. (Revue médicale et Gazette médicale, p. 267.)

La description que M. Houlez donne de la dartre bovine montre bien qu'elle n'est autre que l'*herpès tonsurant*, et il cite des faits qui ne laissent aucun doute sur la transmission d'un animal à un autre.— Une autre série d'exemples aussi nombreux et aussi frappants vient attester de plus la contagion de l'animal à l'homme.

Quelques nouveaux parasites chez les animaux domestiques, par M. Gerlach. (Archiv for pathologische anatomie ; Gazette médicale, p. 703.)

L'auteur décrit et figure une nouvelle espèce d'acarus, trouvée en grande quantité dans les voies aériennes (poumons et cellules aériennes) de deux poules cochinchinoises et d'un coq bâtard. Il décrit ensuite la teigne des poules et celle qui envahit la crête du coq, maladie nouvelle observée sur les bramas et sur les cochin-

chinoises. Elle est due à un champignon assez semblable à ceux du favus chez l'homme. Elle se transmet aux autres poules, mais non aux animaux couverts de poils. Elle peut aussi se transmettre à l'homme, et produit alors une maladie assez opiniâtre, quoiqu'elle ne soit pas très-intense et n'occasionne qu'une démangeaison modérée. Dans un troisième article, M. Gerlach décrit la teigne du chien (herpes canis) qui varie beaucoup suivant les races, et qui est transmissible aux autres mammifères et à l'homme. En général, dit l'auteur en terminant, les diverses épiphytes de nos animaux domestiques peuvent germer et se développer sur la peau de l'homme, d'où il suit que, le plus souvent, les éruptions cutanées de nature parasitique qui affectent l'homme proviennent des animaux, particulièrement du chien et du bœuf.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les éruptions scrofuleuses, parasitaires et syphilitiques, par M. Bazin, — recueillies par M. Sergent. (Paris, A. Delahaye, in-8, — IV-391 pages.)

Dans ces leçons, M. Bazin étudie les arthritides, affections cutanées de nature arthritique. Ce sont des affections faisant partie des *dartres*, qui, pour M. Bazin, sont des affections cutanées, non contagieuses, pyrétiques ou apyrétiques, récidivant avec opiniâtreté, survenant sous l'influence de trois maladies constitutionnelles, l'arthritis, la dartre et la scrofule.

Dans une première partie, on trouve des considérations générales sur l'arthritis et la dartre.

Après avoir donné la symptomatologie des maladies constitutionnelles en général, M. Bazin décrit les symptômes de l'arthritis, ainsi définie : — L'arthritis est une maladie constitutionnelle, non contagieuse, caractérisée par la tendance à la formation d'un produit morbide (le tophus), et par des affections variées de la peau, de l'appareil locomoteur et des viscères, affections se terminant généralement par résolution. — L'arthritis présente un ensemble de phénomènes qu'on peut considérer comme les prodromes de la maladie. — On observe différents troubles dans les fonctions de la peau : ainsi, la transpiration est exagérée, surtout dans certaines régions, la tête, les aisselles, les pieds, les mains et les organes sexuels. La chute prématurée des cheveux précède et accompagne souvent les manifestations de l'arthritis. — Les sujets arthritiques ont une tendance à l'obésité, bien qu'ils aient un appétit modéré. Ils sont habituellement constipés, tandis que les dartreux sont souvent atteints de diarrhée. — Une complication fréquente, qui peut être considérée presque à titre de prodrome, ce sont les hémorrhoïdes. On observe aussi des migraines, des congestions de la tête, des

épistaxis, des fluxions et caries dentaires, des troubles de la vue et de l'ouïe, tels que des éblouissements, des tintements et des bourdonnements d'oreille ; il y a une constitution arthritique, caractérisée principalement par le développement du système musculaire. — La première manifestation de l'arthritis est quelquefois une attaque de rhumatisme articulaire aigu avec tous les symptômes des phlegmasies franchement inflammatoires. — En l'absence du rhumatisme articulaire, on trouve un grand nombre d'autres affections qui sont légères, superficielles et temporaires, et portent particulièrement sur la peau et les membranes muqueuses. — Après la puberté, on observe les affections suivantes : 1° l'érythème des parties sexuelles; 2° l'érythème œdémateux des articulations; 3° l'urticaire ; 4° le zona ; 5° l'herpès ; 6° la fièvre bulleuse ; 7° les furoncles et les anthrax.

Dans la deuxième période, on trouve deux symptômes prédominants : des attaques de goutte ou de rhumatisme articulaire aigu, et des affections cutanées persistantes. Ces deux ordres d'accidents peuvent coexister et alterner ; souvent il y a une sorte de balancement entre le rhumatisme et les affections cutanées.

Dans la troisième période, les affections articulaires se généralisent et deviennent fixes ; c'est alors qu'on voit autour des jointures des dépôts de matière tophacée.

Dans la quatrième période, on rencontre des affections viscérales graves et nombreuses. — Au nombre des manifestations de l'arthritis, il faut placer certaines congestions et apoplexies, l'asthme catarrhal, différentes lésions du foie et des reins. — La cirrhose, le cancer du foie, celui de l'estomac, la gastrite chronique, le cancer de l'utérus, des ovaires, surviennent souvent comme affections ultimes de l'arthritis. — Il y a plusieurs formes d'arthritis : l'une d'elles, la *forme herpétique*, est une forme fixe primitive dans laquelle toutes les affections se montrent sur la peau et sur les muqueuses, tandis que les articulations sont respectées par la maladie.

Symptômes propres de la dartre. — La dartre est une maladie constitutionnelle, à longues périodes, à marche lente, continue ou intermittente, non contagieuse, constituée par des affections spéciales, qui ont pour siége les membranes tégumentaires, les nerfs, les viscères, et caractérisée par la fréquence des récidives et la persistance des manifestations cutanées. — Chez les sujets prédisposés à la dartre, la transpiration est rare et peu abondante. La peau est souvent le siége de démangeaisons et d'affections pathogéniques qui se montrent avec la plus grande facilité. La maigreur est un état presque constant. La diathèse herpétique s'annonce encore par des névroses diverses : la gastralgie, la névralgie des espaces intercostaux ou des autres régions, la migraine franche, caractérisée par des douleurs lancinantes et des vomis-

sements. Le dartreux présente ordinairement un caractère irascible et porté à la mélancolie.

Dans la première période, il y a des pseudo-exanthèmes et des affections cutanées qui possèdent des caractères propres, et sont conséquemment plus faciles à distinguer. L'eczéma est, à cette époque, une des herpétides les plus fréquentes.

Dans la deuxième période, les affections revêtent des caractères qui ne permettent plus de les méconnaître ; elles sont à la fois plus étendues, plus fixes et plus exposées à la récidive. Elles peuvent se montrer sur une ou plusieurs parties suivantes : 1° sur les téguments externes ; 2° sur les téguments internes ; 3° sur le système nerveux ; 4° sur le système séro-cellulaire. Les affections de la peau se présentent sous deux états différents dont il faut tenir compte, soit pour le pronostic, soit pour le traitement. — Dans un premier cas, la dartre est caractérisée par l'existence de squames ou papules, et l'absence de sécrétion humide. Les dartres qui se montrent dans le second état s'accompagnent, au contraire, d'une sécrétion séreuse ou séro-purulente plus ou moins abondante.

Dans la troisième période, nous trouvons des herpétides qui tendent à se généraliser, et des affections viscérales nombreuses, dont la disparition peut encore être obtenue.

Dans la quatrième période, les herpétides couvrent toute la surface du corps, qu'elles n'abandonnent plus d'une façon complète ; elles se transforment et se confondent à tel point, qu'il est souvent impossible de reconnaître la lésion primitive. — On observe un amaigrissement extrême.

Il y a, pour l'arthritis et pour la dartre, des caractères communs et des caractères propres : ces diathèses appartiennent au même groupe du cadre nosologique, se montrent à tous les âges et dans les deux sexes, sont héréditaires, mais non contagieuses. Elles ont une longue durée, et présentent des affections variées : des congestions, des inflammations, des hémorrhagies, des catarrhes, des névroses, etc. Enfin, toutes deux commencent par des accidents cutanés, et aboutissent à la dégénérescence cancéreuse. — Dans la dartre, les cordons nerveux sont le siége d'une affection propre, la névralgie, qu'il ne faut pas confondre avec la rhumatalgie qui réside dans les muscles. L'arthritis se manifeste d'une manière spéciale sur le système fibro-séreux, et possède comme affections propres le tophus et certaines lésions du cœur, à savoir : endocardite, rétrécissements, etc. — Dans les premières périodes, on peut opposer la fixité des arthritides à la mobilité des herpétides. Celles-ci se montrent indistinctement sur toutes les régions, et les autres se développent sur des lieux de prédilection, le cou, le visage, les mains, les parties génitales, les pieds, etc. — La scrofule sera facilement distinguée de l'arthri-

tis et de la dartre par les caractères objectifs de ses affections, et par une affection qui lui est propre, l'adénopathie. — La syphilis se reconnaîtra aussi aux symptômes propres de ses affections et à l'adénopathie qui lui appartient. En outre, elle est contagieuse, ce qui n'a pas lieu dans l'arthritis et la dartre. — Dans l'arthritis, M. Bazin administre avec avantage les alcalins, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, contre des affections variées quant au siége et au mode pathogénique. — Parmi les médicaments employés contre l'arthritis, il place au second rang les préparations antimoniales. Il donne assez souvent le soufre doré d'antimoine et les pilules de Plummer, qui produisent de bons résultats. — Enfin, en dernier lieu, il recommande la teinture de colchique, qu'il a prescrite avec succès dans quelques arthritides. — Contre les affections herpétiques qui intéressent la peau et les cordons nerveux, il donne en premier lieu les préparations arsenicales.

Dans une deuxième partie, M. Bazin étudie les arthritides et les herpétides en particulier. Il admet des arthritides pseudo-exanthématiques, sèches et humides ; — la même division existe pour les herpétides.

Etude sur le pemphigus congénital, par M. Guichard.
(Thèses de Paris, n° 140.)

Il y a dans cette thèse des observations inédites, qui ne changent rien à l'état de nos connaissances. L'auteur pense que ce pemphigus est presque toujours syphilitique et qu'il faut le traiter comme tel.

Pommade contre le pityriasis, par M. Bonnet.
(Répertoire de pharmacie.)

Calomel	4	grammes.
Soufre sublimé	4	—
Eau distillée de laurier-cerise	5	—
Axonge balsamique	30	—

Mêlez. Une onction le soir au coucher.

Pommade contre le pityriasis du cuir chevelu, par M. Mialhe.
(Bulletin de thérapeutique, t. LVIII, p. 307.)

Sous-borate de soude	10	grammes.
Eau de roses	125	—
Alcool	125	—

Autre formule :

Glycérine pure	50	grammes.
Eau de roses	120	—
Chlorhydrate d'ammoniaque	0 gr.,60	

Pommade.

Axonge.....	60 grammes.
Protoiodure de mercure.....	1 gr.,50
Bisulfure de mercure.....	0 ,25
Essence de roses.....	5 gouttes.

Le psoriasis considéré comme maladie des gens robustes, par M. Hébra. (Gazette des hôpitaux, p. 183.)

Le professeur Hébra fait remarquer qu'une particularité du psoriasis est de frapper presque exclusivement les gens forts et robustes sans ébranler leur santé ordinaire, malgré la longueur de cette maladie, qui peut durer plusieurs années. Une seule fois le médecin de Vienne a rencontré le psoriasis dans une dyscrasie; c'était chez un phthisique. — Bien plus, si des malades voient leurs forces disparaître dans une longue et sérieuse affection, le psoriasis s'arrête, et ne reprend sa marche que lorsque la convalescence a permis au patient de recouvrer en partie ses forces. — Selon M. Hébra, le psoriasis serait fréquent de vingt à trente ans; on le rencontrerait moins chez les enfants et les vieillards, et jamais il n'a pu le constater au-dessous de six ans ou au-dessus de cinquante ans. Son hérédité dans plusieurs familles est hors de doute.

Remarques et observations sur le traitement du psoriasis, notamment par la pommade à l'iodure de chlorure mercureux, par M. Rochard. (Moniteur des sciences médicales, p. 90.)

M. Rochard écrit, dans cet article, que le traitement par l'iodure de chlorure mercureux lui a toujours réussi contre le psoriasis; il cite un nouvel exemple de guérison.

Des gourmes et de leurs rapports avec les teignes et les dartres, par M. Chazel. (Thèses de Paris, p. 129.)

Traitement de la teigne faveuse à l'hôpital extérieur de Berne, par M. Richard. (Echo médical; Gazette hebdomadaire, n° 77.)

On se sert d'un emplâtre ainsi composé : farine de seigle, six onces, qu'on cuit avec de l'eau de fontaine, de manière à obtenir trois livres de pâte, à laquelle on ajoute à un feu doux dix onces de poix blanche bien pure. Après avoir coupé les cheveux au niveau des croûtes, et avoir fait tomber les produits du favus et enlevé l'inflammation, au moyen de cataplasmes, — on applique cet emplâtre, qui est juste assez collant pour arracher les cheveux malades et non les autres, sans produire ni éruption, ni irritation cutanée. Plusieurs applications de cet emplâtre sont

nécessaires pour arriver à une épilation complète des parties malades. Quand il n'y a plus que quelques cheveux non sains, on les enlève à la main. On tient la tête propre avec des lavages à l'eau de savon et on badigeonne avec de la teinture d'iode. La durée du traitement est comprise entre 40 et 160 jours ; on compte quinze ou vingt récidives pour cent.

De l'éruption faveuse, par M. Colvis. (Thèses de Paris, nº 37.)

Lotion contre le lupus, par M. Cooke. (The Lancet, et Gazette médicale de Lyon, p. 44.)

M. W. Cooke a guéri un garçon de seize ans, d'un lupus qui couvrait la plus grande partie de la face et avait détruit une aile du nez, par le traitement très-simple qui suit : Laver, trois fois par jour, les parties malades avec

Eau.....	250 grammes.
Bichlorure de mercure.....	4 décigr.
Acide chlorhydrique.....	16 gouttes.

Etendre ensuite une pommade qui contient une préparation de zinc (dont le nom et la dose manquent dans le texte). — Il y eut, chez le malade de M. Cooke, trois récidives, mais de plus en plus faibles ; et l'affection, combattue aussi à l'aide d'un régime antiscorbutique, finit par disparaître complétement.

Etude comparée des boutons d'Alep et de Biskra, par M. Hamel. (Paris, Rozier, in-8, 32 pages.)

Réflexions cliniques sur trois observations de lèpre grecque ou tsarath (de Moïse), par M. Argilacos. (Thèses de Paris, nº 222.)

L'auteur regarde la lèpre comme une névrose asthénique du grand sympathique : La tsarath, dit-il, envisagée comme névrose du système trophique, nous a permis d'expliquer le fait de la dyscrasie par la conversion des capillaires de l'organisme, cités de la rénovation moléculaire, en vaisseaux ordinaires. Elle nous a permis d'expliquer l'intermittence des accès irrégulièrement périodiques, par l'accumulation dans la circulation des substances non brûlées, qui nécessairement, à un moment donné, doivent déborder ; l'apparition de nouvelles tsarathides, l'aggravation des troubles fonctionnels qui marchent toujours de front, en sont le témoignage ; mais où notre théorie paraît plus satisfaisante, c'est à la possibilité d'expliquer par elle les deux formes : en effet, trois sont les grands centres de nutrition de l'organisme

humain, les ganglions multipolaires prévertébraux, les ganglions bipolaires intra-rachidiens ou des racines postérieures, et la substance grise de la moelle. Ces trois centres sont solidaires avant tout. — Les ganglions prévertébraux et leurs cordons président à la nutrition de la vie végétative, ce sont eux qui jouent le premier rôle dans la forme phymique. On ne peut en douter lorsque l'on voit un lépreux de cette forme, où la grande vascularisation et la haute température qu'ils accusent à la surface rappellent exactement les animaux chez lesquels on a porté une action contro-stimulante, telle que la section dans les ganglions ; on se fait une idée de l'étendue de ces lésions dans cette forme, et sa plus courte durée relativement à l'autre. Les symptômes de l'anesthésie sont ici tout secondaires; ils ont lieu en raison de la solidarité de la chaîne prévertébrale avec l'intra-rachidien. — Réciproquement dans la forme anesthésique ou centrale, c'est l'asthénotrophie de la chaîne ganglionnaire intrachidienne qui tient le premier plan. Sa courte sphère d'activité ne s'étend pas au delà de la région d'innervation sensitive : aussi les malades qui sont atteints de la forme anesthésique pure ont pu résister à la maladie jusqu'à vingt-deux ans; elle est aussi plus rare en raison de la protection qu'ils reçoivent dans le rachis. — De même, en raison de la structure bipolaire des cellules de cette chaîne, c'est-à-dire donnant des tubes d'innervation trophiques à la moelle d'un côté, et de l'autre à la chaîne prévertébrale, cette forme de tsarath se compliquera presque toujours de l'autre, qui ne tiendra, cette fois-ci, qu'un second rôle dans la trophopathie générale.

Eléphantiasis, par M. Gaucher. (Société de médecine pratique; Gazette des hôpitaux, p. 219.)

Rapport sur un travail de M. Benoît. Cet auteur confond dans une seule classe l'éléphantiasis des Grecs et celui des Arabes. Il a noté à l'autopsie des altérations osseuses, consistant en un épaississement et quelquefois en des incrustations du périoste. Quatre observations originales.

Eléphantiasis du pied et de la jambe, traité par la ligature de l'artère fémorale, par M. Ogier. (Charteston medical journal and review, mars; Gazette hebdomadaire, p. 523.)

Après l'opération, l'extrémité affectée commença à diminuer de volume dès le deuxième jour, et au bout de trois mois, époque à laquelle l'observation a été publiée, ces parties avaient repris presque leur volume normal. Le malade marchait sans difficulté et sans douleur avec un bas élastique.

Des succès analogues ont été obtenus quatre fois par M. Carnochan et une fois par M. Erichsen.

Etiologie de la pellagre, par M. Farcy-Soulez. (Thèses de Paris, n° 151.)

L'auteur pense qu'une nourriture insuffisante, et surtout une nourriture exclusive avec le maïs altéré, sont la cause essentielle de la pellagre.

Leçons sur la pellagre sporadique, à l'occasion de sept cas de pellagre sporadique observés à la visite, par M. Landouzy. (Union médicale, t. VIII, p. 234, et Gazette des hôpitaux, p. 437.)

Voici le résumé de ces leçons remarquables par la forme autant que par le fond : La pellagre est une affection diathésique, chronique, non contagieuse, caractérisée par l'apparition isolée, simultanée ou successive d'accidents cutanés, digestifs et nerveux, qui se manifestent ou s'exaspèrent le plus ordinairement au printemps. — A l'état sporadique, elle est assez fréquente et règne probablement dans toutes les localités. — A l'état endémique, elle sévit principalement dans les départements pyrénéens, où elle cause d'affreux ravages. — Si elle reste presque toujours méconnue dans le centre de la France, il faut l'attribuer à ce qu'en raison des erreurs accréditées sur son étiologie, elle est le plus souvent confondue avec d'autres maladies, et particulièrement avec la paralysie progressive, la folie aiguë, la démence sénile, la cachexie entéritique, la maladie d'Addisson, les dermatoses chroniques, etc., selon son symptôme prédominant. — Sa cause intime est inconnue. — Sa principale cause occasionnelle paraît être l'insolation. — Ses principales causes prédisposantes paraissent être l'hérédité, l'aliénation mentale, les passions tristes, l'alimentation vicieuse ou insuffisante. — Ses lésions anatomiques siégent dans l'enveloppe cutanée, dans la moelle épinière et sur la muqueuse digestive. — Son diagnostic repose sur le retour périodique de trois ordres d'accidents, le plus souvent réunis. — Son pronostic doit être grave, mais cependant réservé, puisque vous venez de voir un cas de guérison confirmée depuis six ans, et un autre cas depuis treize ans en voie d'amélioration, quoique chez ces deux malades la diathèse pellagreuse ait éclaté de la manière la plus effrayante. — Son traitement aura pour base, outre la médecine des principaux symptômes, une bonne hygiène, une nourriture fortifiante et les eaux sulfuro-salines. — Dès la fin de l'hiver, vous aurez recours aux antipériodiques, et vous insisterez particulièrement sur le régime et sur les précautions contre l'insolation.

De la pellagre sporadique, par M. Landouzy.
(Archives générales de médecine, juillet, p. 5.)

Voici les conclusions qui résument ce long et intéressant mémoire : — La pellagre sporadique, à peine mentionnée dans les plus récents traités de médecine, existe à Reims, à Paris, et probablement dans toutes les contrées. — La pellagre sporadique est caractérisée, comme la pellagre endémique, par l'apparition isolée, simultanée ou successive, d'accidents cutanés, digestifs et nerveux, se manifestant ou s'exagérant presque toujours au printemps. — La pellagre sporadique reste le plus souvent méconnue, en raison de ses connexités avec plusieurs autres états morbides, et surtout en raison des erreurs accréditées sur son étiologie.— La pellagre sporadique cessera d'être considérée comme une maladie rare, dès qu'elle aura été catégoriquement signalée aux praticiens, et débarrassée des hypothèses qui en obscurcissent la notion. — La pellagre sporadique existe, comme la pellagre endémique, dans des localités où le maïs est tout à fait inconnu, et elle sévit à tous les degrés sur des individus qui n'en ont jamais mangé. — Elle existe également en dehors de l'alimentation par les céréales altérées, en dehors de l'influence de la misère, et en dehors de l'influence directe du soleil. — La pellagre sporadique, la pellagre endémique et la folie pellagreuse, sont des affections identiques. — Les différences qu'on a voulu établir entre la pellagre des pays à maïs, la pellagre du centre de la France et la pellagre des aliénés, ne constituent que des nuances observées dans les autres états morbides, qu'ils soient sporadiques, endémiques, héréditaires, produits par des agents toxiques ou compliqués par d'autres affections. — Les altérations anatomiques le plus généralement signalées sont les lésions de l'estomac et des intestins, et le ramollissement de la moelle. — La cause intime de la pellagre est inconnue. — Sa principale cause occasionnelle est l'insolation. — Ses principales causes prédisposantes sont l'hérédité, la misère, l'usage d'une alimentation mauvaise, les passions tristes, l'aliénation, et particulièrement la démence et la lypémanie. — Le diagnostic repose principalement sur la périodicité vernale de trois ordres d'accidents spéciaux et le plus souvent réunis, faciles à reconnaître même dans leur isolement, et impossibles à méconnaître dans leur simultanéité pathognomonique. — Le pronostic doit être réservé, malgré la bénignité, la gravité ou la nature des accidents, certaines pellagres de tout type ayant été promptement suivies de mort, quoiqu'elles fussent légères au début, et d'autres ayant été suivies de guérison confirmée, quoiqu'elles fussent en apparence des plus graves. — Le traitement aura pour base, outre la médecine des symptômes spéciaux et la proscription de toute médication

débilitante, une bonne hygiène, une alimentation fortifiante, les grands bains et les modificateurs généraux. — Dès la fin de l'hiver, on insistera particulièrement sur le régime, sur les préparations de quinquina, et sur les précautions contre le soleil.

De la pellagre sporadique observée dans le département de la Marne et de ses causes, par M. Collard. (Thèses de Paris, n° 103.)

Ce travail est divisé en trois parties : Dans un premier chapitre, l'auteur énumère les symptômes de la pellagre, tels qu'ils ont été décrits par les médecins italiens et par ceux du midi de la France. — Dans le deuxième, il rapporte des observations par lesquelles il veut établir l'identité de la pellagre de la Lombardie ou des Landes, et de la pellagre observée dans la Marne. — Dans le troisième, consacré à l'étiologie, on voit que la pellagre est plus fréquente qu'on ne le pense généralement; sa cause est inconnue, et, comme le pense M. Landouzy, l'idée du maïs nuit beaucoup au diagnostic de cette affection.

Le maïs et la pellagre. (Gazette médicale, p. 523.)

L'auteur anonyme ne pense pas que la nourriture avec le maïs soit la cause de la pellagre.

Observation d'un cas de pellagre sans l'usage du maïs, par M. Brierre de Boismont. (Gazette médicale, p. 542.)

Cette observation a surtout pour but de montrer que l'exanthème particulier ou pellagre peut apparaître avec ses symptômes les plus tranchés, sans que l'individu se soit nourri de maïs sain ou altéré. Il s'agit d'une dame affectée de monomanie triste, avec tendance à l'homicide et au suicide : apparition de la pellagre dans le cours de l'affection mentale ; guérison de l'affection cutanée ; mort.

Y a-t-il dans les départements à pellagre des cas manifestes de pellagre sans usage antérieur du maïs ? par M. Costallat. (Gazette des hôpitaux, p. 551.)

M. Costallat veut que la pellagre soit toujours produite par le verdet : cette étiologie créerait la spécificité de la pellagre, car toutes les affections ne reconnaissant pas cette cause, ne seraient pas réputées pellagreuses. — L'auteur avait proposé de faire des expériences, qui n'ont jamais été réalisées.

Pellagre sporadique, par M. Moser. (Gazette des hôpitaux, p. 606.)

Une observation offrant tous les caractères classiques.

Observation de pellagre sporadique, par M. Lancereaux. (Société de biologie ; Gazette médicale, p. 658.)

Une observation tendant à prouver que la pellagre peut exister à l'état sporadique, et que la cause est encore à chercher.

Essai sur la dermatologie française, par M. Sainton. (Thèses de Paris, nº 193.)

Cette thèse présente le tableau des doctrines qui ont régné et qui règnent encore dans l'étude des maladies de la peau, depuis Willan jusqu'à MM. Bazin et Hardy.

Leçons sur les maladies de la peau, dartres, scrofules, syphilides, par M. Hardy, recueillies par M. Moysant. (2e édition. Paris, A. Delahaye, in-8, XIII-211 pages.)

Traité des maladies de la peau, par M. Rochard. (Paris, A. Delahaye,—in-8, 408 pages.)

Ce livre contient l'exposé des doctrines et surtout du traitement propres à l'auteur. Au commencement, l'anatomie et la physiologie de la peau y sont longuement traitées ; puis M. Rochard, entrant dans des considérations générales sur les maladies de la peau, fait un court aperçu historique, aborde la question de doctrine, combat la cause déjà vaincue (dit-il) des spécificités pathologiques et thérapeutiques, reproche à M. Bazin d'avoir fait jouer un rôle trop considérable au parasitisme, et arrive enfin à l'étude des *dartres*. — Le groupe général des maladies cutanées devra faire l'objet d'une publication ultérieure.

M. Rochard classe ainsi le *groupe* des dartres :

1er GROUPE : DARTRES.	1er genre...	Eczéma.
		Psoriasis.
		Pityriasis.
	2e genre...	Lichen.
		Prurigo.
	3e genre...	Impétigo.
	4e genre...	Sycosis.
	5e genre...	Acné.

L'auteur expose sa doctrine dans les termes suivants : — La maladie n'étant que l'inévitable résultat d'un trouble fonctionnel, il s'ensuit que le procédé thérapeutique doit avoir exclusivement pour but un prompt retour à la régularité de la fonction troublée. — Si vous appliquez maintenant ces principes aux maladies de la peau, et particulièrement aux dartres, vous comprendrez bien que l'acte expulsif étant ici la fonction dominante, toute condition qui en empêche l'accomplissement constitue un état pa-

thologique, et que par conséquent toute méthode curative qui a pour effet de rétablir l'action expulsive, soit interrompue ou troublée, doit être classée parmi les médications dont on peut faire usage pour la guérison des dartres.

M. Rochard a donné le nom de *méthode épispasique* à la méthode thérapeutique qui doit produire ces effets. Il a choisi pour agent thérapeutique, presque exclusif, l'iodure de chlorure mercureux, parce que ce médicament lui a constamment réussi, et parce que ce composé chimique réunit les trois substances qu'Alibert a préconisées comme les plus énergiques et les plus efficaces pour la guérison des dermatoses dartreuses.

M. Rochard examine le mode d'action de ce médicament, dont l'effet est de produire des poussées : le médecin doit les surveiller et arriver à les proportionner à la gravité du mal. — Après un nombre de poussées ainsi provoquées, la peau reprend entièrement son état habituel, sa texture normale. — Le traitement topique suffit, dans le plus grand nombre de cas, pour amener en quelques mois le résultat désiré. Cependant, il est utile de lui associer le médicament à l'intérieur, sous forme de pilules, à la dose de quelques milligrammes, d'une à trois par jour, et rarement davantage.

M. Rochard donne l'histoire de chacune des maladies qui constituent le groupe des dartres ; au chapitre du traitement, il donne les médications généralement usitées, et il entre surtout dans les détails concernant les bons résultats que l'emploi de l'iodure de chlorure mercureux a produits entre les mains de l'auteur de la méthode épispasique.

Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis, par M. Gibert. (3e édition, Paris, 2 vol. in-8, x-1237 pages.)

Dermatologie, par M. Gibert. (Gazette médicale, p. 527.)

Discours d'ouverture du cours de M. Gibert, dans lequel le professeur expose sa nomenclature.

Des ascarides vermiculaires et de leur traitement, par M. Loreau. (Gazette des hôpitaux, p. 434.)

Résumé d'une brochure, dans laquelle M. Loreau expose avec beaucoup d'esprit les méfaits des ascarides ; quant au traitement, il le formule dans les termes suivants :

« D'abord, faire jeûner le sujet en puissance de vers, pour affamer ceux-ci ; puis les attirer en lieu sûr, en leur servant un

repas de leur goût. — Le lait chaud sucré me paraît devoir convenir. — Mais à ce propos, il est bon de se rappeler que si le proverbe « qui dort dîne » est une vérité, il pourrait bien être important de choisir son heure. Et je ne serais pas surpris que beaucoup d'insuccès, avec les meilleurs agents anthelminthiques, dussent être attribués à cette double circonstance : ou que les vers étaient repus, ou qu'ils étaient engourdis par le sommeil. — Donc, le soir, en se mettant au lit, après une diète convenable, le sujet avalera une tasse de lait sucré, et un peu plus tard l'agent anthelminthique qu'on aura jugé le plus convenable dans l'occurence, en ayant égard à l'espèce. Tout vermifuge peut être bon, et la liste en est longue ; l'essence de térébenthine en capsules, de une à quatre, selon les âges, ou encore les dragées de santonine, sont, au milieu d'une foule d'autres, ceux que j'emploie le plus souvent ; mais une seconde tasse de lait, dans laquelle on a laissé macérer une gousse d'ail, et d'autres aussi simples et aussi peu coûteux, pourront également suffire. » —

M. Loreau ajoute qu'il a réussi plusieurs fois, et bien au delà de ses espérances, puisque tænia, lombrics et oxyures furent rejetés du même coup, avec des pilules de calomel et de résine de jalap, à la dose de 0,70 centigrames de l'un pour 0,80 de l'autre; le savon amygdalin et l'alcoolat de rhubarbe y entrant en quantité suffisante pour constituer douze pilules. — Le lendemain matin, si on fait prendre le soir un vermifuge pur et simple, ou une demi-heure après l'ingestion, si elle a eu lieu la matin, on prescrit un purgatif qui permettra bientôt au patient de compter les morts. C'est le plus souvent à l'huile de ricin qu'il convient de s'adresser pour ce dernier effet. — Si l'on avait des motifs de supposer, par la nature des accidents observés, que les ascarides eussent pour l'instant élu domicile dans les voies inférieures, il serait naturel de les attaquer par des lavements spéciaux, que l'on pourrait au besoin, et comme appât, faire précéder pendant quelques jours de demi-lavements de lait sucré.

Des entozoaires du tube digestif, par M. Brisson. (Thèses de Montpellier, nº 56.)

Note sur le ténia et sur l'expulsion, par l'émétique, d'un de ces parasites dans un cas de pneumonie, par M. Passot. (Gazette médicale de Lyon, p. 131.)

Ce qu'il y a de réellement intéressant dans cette observation, c'est l'expulsion du ténia sous l'influence de l'émétique administré à dose rasorienne. Le malade n'avait rien fait jusque-là pour se débarrasser de ce ver, dont il ne soupçonnait pas la présence.

Du ténia en Algérie, et de son endémicité dans la ville de Bône, par M. Tarneau. (Paris, J.-B. Baillière, in-8.)

Cette monographie montre, contrairement à l'opinion de quelques naturalistes, que l'antagonisme entre le ténia et la fièvre intermittente n'existe pas. Le ténia est endémique en Algérie. — Les Européens sont, dans une proportion considérable, plus souvent atteints que les individus de race asiatique ou africaine. Le ténia est beaucoup plus commun dans la population civile européenne que chez les soldats français.

Trichina spiralis, par M. Virchow. (Académie des sciences, 2 juillet.)

M. Virchow communique les résultats de ses nouvelles recherches, qui lui ont démontré que le trichine représente un genre particulier d'entozoaires. Il est des cas mortels d'infection par les trichines qui ne peuvent être reconnus qu'avec le microscope. En recueillant exactement les antécédents chez les malades qui ont éprouvé des symptômes cités par M. Virchow, on verra probablement bientôt augmenter le nombre des cas de maladie à trichines. L'ingestion de viande de porc fraîche ou mal apprêtée, renfermant des trichines, expose aux plus grands dangers et peut agir comme cause prochaine de mort. Les trichines conservent leurs propriétés vitales dans la viande décomposée; ils résistent à une immersion dans l'eau pendant des semaines; enkystés, on peut, sans nuire à leur vitalité, les plonger dans une solution assez étendue d'acide chromique, au moins pendant dix jours. Au contraire, ils périssent et perdent toute influence nuisible dans le jambon bien fumé et conservé assez longtemps avant d'être consommé.

Affection causée par la présence des trichina chez l'homme, par M. Zeuker. (Virchow's archiv., V, VIII, fasc. 5 et 6; Union médicale, t. VIII, p. 218.)

Une observation : un jeune homme de vingt ans présente les symptômes du typhus, auxquels se joignent bientôt des contractions musculaires douloureuses; il meurt de pneumonie typhique. — A l'autopsie, on a trouvé une dégénérescence et une destruction d'un grand nombre de muscles et une immense quantité de trichina, non enkystés et librement couchés dans le parenchyme; il y en avait aussi dans la rate, les glandes intestinales et le mésentère; — pas de lésion se rapportant au typhus. — Le malade avait mangé peu de temps auparavant de la viande de porc contenant beaucoup de trichina.

Tumeurs hydatiques renfermant des échinocoques, enlevées à l'aide de la cautérisation linéaire, par M. Legrand. (Académie des sciences, 2 janvier.)

L'auteur rapporte trois faits, dans lesquels quatre cautérisations ont suffi pour mettre à découvert les cavités où étaient établis ces entozoaires. Dans le premier cas, le kyste était situé entre les deux feuillets de l'aponévrose du petit oblique ; dans le second, au milieu des fibres hypertrophiées et écartées du muscle trapèze ; et dans le troisième cas, sous le muscle temporal, dont le tissu avait subi un commencement d'altération morbide.

Recherches nouvelles sur les hydatides de l'homme, par M. Lasègue. (Archives générales de médecine, juin, p. 726.)

Article de revue critique, dans lequel l'auteur analyse différents travaux sur ce sujet et en particulier ce qu'en a écrit M. Davaine dans son *Traité des entozoaires.*

La fièvre dans ses rapports avec l'aliénation mentale, par M. Berthier. (Annales médico-psychologiques, p. 1.)

L'auteur se résume ainsi : La fièvre, élément morbide seul ou coassocié, peut, dans ses rapports avec l'aliénation mentale, la *causer*, la *modifier*, la *compliquer*.

Comme condition étiologique, elle emprunte sa gravité à la forme qu'elle affecte et au caractère qu'elle revêt. La continuité occupe la prééminence, surtout si elle s'allie avec le mode ataxique; la forme intermittente non paludéenne semble spécialement frapper le système cérébral; la forme paludéenne, le système ganglionnaire et la moelle rachidienne.

Comme condition thérapeutique, elle enraye quelquefois la marche de la folie, la suspend le plus souvent, et juge cette maladie dans certaines circonstances trop ou assez négligées.

Comme condition pathologique, elle subit l'empire diathésique dont la folie imprégne l'organisme, prend des allures insidieuses qui trompent l'œil inexercé, et commande au traitement la méthode analytique qui met le mieux en relief le rôle de cet empire.

Manie continue guérie par une fièvre continue, par M. Berthier. (Gazette médicale de Lyon, p. 158.)

Communication de quelques cas d'aliénation mentale consécutive à des fièvres graves, par M. Delasiauve. (Société médicale des hôpitaux, 8 août ; Union médicale, t. VII, p. 462.)

Malade atteint de variole grave, qui, arrivé au vingtième jour

de la maladie, présente des troubles singuliers du côté du système nerveux. Ce malade est dans une grande prostration ; il a les lèvres bleuâtres, il conserve des taches violacées sur les points de la peau qu'occupaient les pustules varioliques. Son pouls est petit, dépressible. Il reste immobile comme une statue, ne profère aucune parole et refuse toute espèce d'alimentation. M. Delasiauve se demande si ces troubles du système nerveux et de l'intelligence doivent être considérés, chez ce malade, comme une expression ultime de la variole, qui ne serait pas suffisamment guérie ; ou bien si on doit les classer parmi les troubles nerveux et intellectuels, ces manies bizarres, qui sont parfois consécutifs aux maladies graves et qui se caractérisent souvent par un refus, plus ou moins absolu, de prendre des aliments.

D'autres membres de la Société citent des exemples analogues.

De l'influence de la variole sur l'aliénation mentale, par M. Berthier. (Gazette médicale de Lyon, p. 465.)

L'auteur rapporte deux observations dans lesquelles on voit que la variole, survenant dans la folie, si elle est récente encore, en précipite la marche et en précipite le but.

Quelques exemples de folie communiquée, par M. Baillarger. (Gazette des hôpitaux, p. 149.)

On conduit quelquefois le même jour dans un même service d'aliénés plusieurs membres de la même famille, atteints de monomanie, et dont le délire offre exactement les mêmes caractères. En interrogeant l'un de ces malades, on sait par avance quelles sont les conceptions délirantes de l'autre. Si, dans les cas dont nous parlons, on obtient des renseignements, on apprend que la folie n'a pas éclaté simultanément chez les deux malades, mais qu'elle a été antérieure de plusieurs mois chez l'un des deux, et qu'elle s'est ensuite peu à peu communiquée à l'autre. C'est ainsi que M. Baillarger a pu voir le délire transmis de la mère à la fille, et de la mère au fils. — Les faits de ce genre sont rares, mais ils soulèvent des questions du plus haut intérêt pour la pathogénie de la folie. M. Baillarger se borne aujourd'hui à les signaler, mais il se réserve d'en faire ultérieurement un examen approfondi.

De la folie diathésique, par M. Berthier. (Montpellier, Gras, in-8, 48 pages.)

De l'hallucination historique, ou étude médico-psychologique sur les voix et les révélations de Jeanne d'Arc, par M. A. Brierre de Boismont. (Annales médico-psychologiques, p. 353 et 509.)

Conclusions. — Les voix, les visions, les sensations du toucher et de l'odorat de Jeanne d'Arc sont de véritables hallucinations, identiques en essence avec celles des aliénés.

Cette identité est semblable à celle des idées fixes chez les hommes de génie et les fous.

Mais si leurs manifestations sont les mêmes dans les deux cas, leurs caractères, leur logique, leur marche, leur terminaison établissent entre elles des différences tranchées.

L'hallucination physiologique est constamment en rapport avec la pensée dominante, l'idée mère, l'idéal; l'hallucination pathologique, au contraire, a pour origine les causes les plus diverses et les plus fausses.

Hallucination, par M. Brierre de Boismont. (Gazette hebdomadaire, p. 634).

M. Brierre de Boismont pense que les hallucinations consistant à voir des animaux le plus souvent hideux, ne sont pas rares dans le délirium tremens; elles se montrent quelquefois dans des cas graves, mais beaucoup plus souvent chez des individus qui guérissent rapidement.

Hallucination des cinq sens, par M. Auzouy. (Gazette des hôpitaux, p. 170.)

L'auteur en rapporte une observation; ce sont des cas très-rares. Ces hallucinations étaient communiquées sympathiquement.

Hallucinations, par M. Armand. (Moniteur des sciences médicales, p. 261.)

Elles étaient dues à une gastralgie et à une dyspepsie très-graves. — Traitement par les eaux de Condillac. — Guérison.

Histoire d'un aliéné aveugle qui, après avoir subi l'opération de la cataracte, a recouvré à la fois la vue et la raison, par M. Bouisson. (Académie de médecine, 2 octobre.)

Homme de 50 ans, étant dans un état de démence confirmée; il avait en outre une double cataracte lenticulaire. Le malade ayant été chloroformisé, fut opéré des deux yeux par abaissement, dans la même séance. — Le dixième jour l'appareil fut enlevé, et le malade s'écria : « J'y vois! » Ce fut, ajoute

M. Bouisson, le premier mot raisonnable qu'il eût encore prononcé. A mesure que la vue se fortifiait, cet homme devenait plus docile, la mémoire reparaissait, les conceptions devenaient plus nettes et plus étendues. — Le malade donna quelques renseignements précis sur ses antécédents; il se souvint que la vue lui manquait depuis environ trois ans. Un mois et demi après son entrée à l'hôpital, il put regagner son domicile et pourvoir à son existence.

M. Bouisson entre ensuite dans des considérations étendues sur les rapports que cette observation tend à établir entre la restitution d'un sens et le retour de la raison. — Il examine successivement les différentes théories de Charbonnet, de Locke, de Condillac, de Maine de Biran, sur l'origine et le développement des idées ; et insistant sur les progrès simultanés de l'intelligence et de la vue chez son malade, il n'hésite pas à conclure que dans ce cas les changements quotidiens dans l'état mental de l'opéré doivent être attribués à la récupération du sens de la vue. « La sensation, dit M. Bouisson, a stimulé l'esprit comme l'électricité stimule l'action nerveuse, et le malade se trouvait dans les conditions les plus favorables pour ce résultat : la démence n'était pas invétérée et l'organe sensitif rendu est celui qui produit les impressions les plus vives. »

Etude sur l'hypocondrie et sur le délire hypocondriaque, par M. Dufour. (Thèses de Paris, n° 170.)

Ce travail est fort bien fait ; l'auteur a voulu distinguer l'hypocondrie et le délire hypocondriaque. Le tableau suivant indique les divisions établies par M. Dufour :

1er GROUPE.

Non aliénés.

Ire CLASSE.		IIe CLASSE.	
Hypocondrie.		Délire hypocondriaque.	
1re ESPÈCE.	2e ESPÈCE.	3e ESPÈCE.	4e ESPÈCE.
Essentielle.	Consécutive.	Avec maladie.	Sans maladie.

2e GROUPE.

Aliénés.

IIIe CLASSE.		IVe CLASSE.	
Nosomanie primitive essentielle.		Nosomanie non essentielle.	
5e ESPÈCE.	6e ESPÈCE.	7e ESPÈCE.	8e ESPÈCE.
Forme erratique.	Forme fixe.	Nosomanie symptomatique.	Nosomanie consécutive.

Des impulsions automatiques ou monomanies instinctives au point de vue médico-légal, par M. Brunet. (Thèses de Paris, n° 41.)

Conclusions. — 1° Il existe un état mental où l'homme est impuissant à réprimer ses impulsions.— 2° Ces impulsions irrésistibles peuvent conduire l'homme à commettre un crime. — 3° Cet homme doit être considéré comme irresponsable des actes qu'il a commis pendant qu'il est sous cette influence. — 4° Il existe des signes à l'aide desquels on peut reconnaître que l'homme qui a commis un crime était dans cette situation mentale. — 5° Cet homme ne doit pas subir la peine qu'il mériterait s'il était à l'état mental ordinaire; il doit être remis aux mains des médecins aliénistes qui statueront sur son sort.

Discussion sur les classifications de la folie,
(Annales médico-psychologiques, *passim.*)

M. Delasiauve passe rapidement en revue toutes les classifications connues et propose la sienne. — Aliénations générales, aliénations partielles.

M. Falret pose les principes qui doivent présider à la construction d'une classification naturelle.—Ensemble de caractères communs et différentiels; subordination de ces caractères et évolution successive, possible à prévoir, des faits réunis dans une même classe. Il trouve qu'aucune encore ne remplit ces conditions.

M. Morel défend sa classification basée sur les données étiologiques.

M. Garnier trouve que M. Falret s'est montré trop sévère pour les classifications établies; il voudrait que l'on conservât les deux groupes principaux : manie générale, manie partielle; en faisant rentrer dans cette dernière la lypémanie et en éliminant la monomanie homicide et la monomanie incendiaire.

M. Maury pense qu'il ne s'agit point de classer les folies au point de vue philosophique, suivant la nature des opérations de l'intelligence qui sont troublées, mais d'après les causes morbides qui amènent ce trouble.

M. Buchez défend la classification de M. Morel.

M. Parchappe : La psychologie ne peut fournir le principe d'une classification nosologique. L'essai d'une classification d'après la cause est louable; mais elle est loin d'avoir encore atteint le but.

M. Lisle : Il y a les folies simples et les folies compliquées. Dans les premières, l'âme seule est malade ; dans les autres, au contraire, c'est le corps.

MM. Girard de Cailleux, Bourdin, Fournet, Baillarger, Belhomme ont aussi pris part à la discussion.

De l'état mental des épileptiques, par M. Falret.
(Archives générales de médecine, décembre, p. 661.)

Mémoire dont la publication n'a été terminée qu'en 1862. Pour cette raison, nous en renvoyons l'analyse à notre prochain volume.

D'une cachexie spéciale et propre aux aliénés, par M. Billod.
(Archives générales de médecine, avril, p. 422.)

L'auteur veut démontrer qu'il existe une cachexie spéciale et propre aux aliénés, pouvant être considérée comme le résultat des progrès latents de l'aliénation mentale et de son action continuée sur l'économie animale, aidée ou non du concours de certaines conditions hygiéniques particulières.

Les malades maigrissent, ont de la diarrhée quelquefois, très-souvent des altérations de la peau et en particulier un erythème semblable à celui que l'on observe dans la pellagre. Cette dernière lésion cutanée, jointe à la diarrhée, constitue le principal caractère de cette cachexie. De toutes les formes d'aliénation mentale, celle qui dispose le plus à la cachexie est la forme mélancolique et dépressive.

Manie jugée par une affection substitutive, par M. Rousseau.
(Moniteur des sciences médicales, p. 740.)

Il s'agit d'une malade qui a offert divers symptômes : C'est l'élément typhoïde qui domine; il ouvre la scène, détermine une série de phénomènes en rapport avec sa nature pathologique. Ces phénomènes sont caractérisés par de la fièvre, de la céphalalgie, des vertiges et des troubles fonctionnels du côté des voies digestives et du cerveau. Puis survient le délire de la fièvre typhoïde, autrement dit *subdelirium*, à manifestations vagues, indécises, et qui semble occuper seulement la surface du cerveau. L'excitation sympathique et consécutive est en rapport avec l'irritation encéphalique; elle est tout d'abord légère et indéterminée. Tout à coup, sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, ou peut-être d'une autre cause inconnue, l'élément typhoïde se larve, et le délire de l'aliénation mentale éclate avec une excitation des plus vives; il s'accompagne des désordres psychiques et somatiques qu'on lui connaît, et, de plus, d'un état hémorrhoïdal qui, réagissant à son tour, détermine une congestion cérébrale opiniâtre. Cette période dure à peu près quinze jours, et l'état typhoïde reparaît encore plus nettement caractérisé. Enfin, comme dernier épiphénomène, un érysipèle se déclare, se substitue à tous ces différents états morbides, et termine la scène par une guérison complète.

De la lésion de l'association des idées, par M. Billod. (Annales médico-psychologiques, p. 540.)

Quelques réflexions suivies d'une observation.

Maladies du sens moral. — Méropédie, ou lésion de l'amour de la progéniture, par M. Boileau de Castelnau. (Annales médico-psychologiques, p. 553.)

Il existe, dit l'auteur, une maladie du sens moral dont les caractères sont les sévices et le meurtre, exercés sur les enfants par les parents eux-mêmes.

Les parents sont atteints de cet ordre de criminalité, à l'exclusion de tout autre.

Les moyens prophylactiques consistent dans l'éducation générale et spéciale, éducation qui aurait pour but d'incarner la morale dans l'âme de l'enfant.

Note sur une forme de délire hypocondriaque consécutif aux dyspepsies, par M. Marcé. (Annales médico-psychologiques, janvier.)

Les dyspepsies qui surviennent chez certaines jeunes filles au moment de la puberté et après un développement physique précoce peuvent déterminer un véritable délire partiel, lorsqu'elles affectent des sujets prédisposés, par leurs antécédents héréditaires, à l'aliénation mentale. Vivement impressionnées soit par l'absence d'appétit, soit par la douleur que les digestions déterminent, les malades arrivent à cette conception délirante qu'elles ne doivent ou ne peuvent pas manger. La névrose gastrique se transforme en une névrose cérébrale.—A toutes les instances que l'on fait pour les contraindre à un régime suffisant, les malades opposent alors des ruses infinies et une résistance invincible. L'estomac digère parfaitement ce qui lui est confié, mais il arrive à la longue à se contenter des doses les plus faibles de nourriture. Il est vrai que l'amaigrissement atteint alors les dernières limites ; on observe tous les symptômes qui précèdent la mort par inanition.—Parmi ces malades, il en est qui, au bout de plusieurs mois, de plusieurs années, et après de nombreuses oscillations dans leur état, meurent littéralement de faim. — Pour guérir ces malades, c'est à l'idée délirante qui constitue le point de départ et l'essence de la maladie qu'il faut s'adresser : les malades ne sont plus dyspeptiques, elles sont aliénées. Or, ce délire ne saurait être avantageusement combattu tant que les sujets restent au milieu de leur famille et de leur entourage habituel. Il faut modifier l'habitation et confier les malades à des mains étrangères. Si le refus d'aliments persiste malgré toutes les instances, il faut employer l'intimidation et même la force, recou-

rir même, au besoin, à la sonde œsophagienne. Il est d'ailleurs nécessaire de n'augmenter les aliments que progressivement et avec mesure, en les pesant au besoin, pour marcher avec plus de sûreté. Les amers et les ferrugineux pourront alors être combinés avec avantage à l'alimentation. Quant à l'exercice, aux mouvements gymnastiques que l'on conseille d'une manière banale, ils ont l'inconvénient d'occasionner une grande dépense de forces, à laquelle l'alimentation de chaque jour ne peut subvenir. Lorsqu'à l'aide de ces précautions on parvient à élever la quantité de nourriture à des proportions convenables, on voit les malades se transformer, les forces et l'embonpoint revenir, et l'état intellectuel se modifier de la manière la plus saisissante.

Recherches cliniques sur la paralysie générale progressive, par M. Dubiau. (Thèses de Montpellier, n° 50.)

Aperçu sur la paralysie générale progressive, par M. Péon. (Thèses de Paris, n° 35.)

Délire hypocondriaque considéré comme symptôme et comme signe précurseur de la paralysie générale, par M. Baillarger. (Académie des sciences, 17 septembre.)

Le but de ce travail est de faire ressortir les relations étroites qui existent entre la mélancolie hypocondriaque et la démence paralytique. M. Baillarger pense que l'hypocondrie, dans beaucoup de cas, est un signe précurseur de la paralysie générale, de la même manière que le délire des grandeurs; il considère le délire hypocondriaque comme un symptôme grave, et un signe pronostique fâcheux de certaines paralysies générales. Il croit en outre qu'il constitue dans la mélancolie une présomption grave de terminaison par la démence paralytique, et qu'il est un élément de plus pour le pronostic; il a en effet pu constater que beaucoup de malades atteints de délire hypocondriaque ont été atteints plus tard de paralysie générale, et il cite un fait analogue rapporté par M. Combes.

Perversion des facultés morales et affectives dans la période prodromique de la paralysie générale, par M. Brierre de Boismont. (Académie des sciences, 24 septembre.)

Ce mémoire fait suite au précédent; il établit les propositions suivantes : les individus qui, à une époque déjà avancée de la vie, offrent un changement de caractère, de conduite, commettent des actions qui sont en désaccord complet avec leurs principes et leurs antécédents, doivent faire supposer une altération de leurs facultés intellectuelles; — cette probabilité devient une cer-

titude lorsque l'on constate chez eux l'existence de symptômes caractéristiques, principalement du système musculaire ; — l'incertitude qui pourrait se manifester à un degré encore peu marqué de la maladie se dissipe par une observation prolongée, parce que 95 fois sur 100 la paralysie générale tend à faire des progrès continus, et qu'elle se termine par la mort dans la même proportion ; — enfin, les symptômes décrits ont une importance véritable, car ils mettent sur la voie de la paralysie générale, lorsque celle-ci n'est pas encore déclarée.

Dans une note ultérieure (28 octobre), l'auteur rappelle que depuis longtemps il s'est occupé de la perversion des facultés morales et affectives dans la période prodromique de la paralysie générale.

Du délire mélancolique considéré comme symptôme ou signe précurseur de la paralysie générale, par M. Billod. (Académie des sciences, 1er octobre.)

L'auteur propose d'établir que les considérations émises par M. Baillarger sur le délire hypocondriaque, en tant que caractérisant ou précédant la paralysie générale, peuvent s'appliquer aussi bien à tout délire mélancolique, quelle que soit la nature des conceptions délirantes, et, par exemple, à un délire de persécutions, et que, enfin, c'est bien plutôt à la mélancolie le plus ordinairement avec stupeur, qu'à la nature des conceptions délirantes qui la caractérisent, que se rapporte le fait important par lequel M. Baillarger est venu remplir une lacune de l'histoire de la paralysie générale. — La paralysie générale est quelquefois précédée d'une aliénation mentale caractérisée par un délire mélancolique, s'accompagnant ordinairement de stupeur. Reste à savoir si, dans ce cas, le délire mélancolique doit être considéré comme un signe précurseur de paralysie générale, ou si cette dernière affection ne doit pas être regardée comme une complication pure et simple, sans relation avec la nature du délire, et dont la lypémanie ne serait pas plus exempte que toute autre forme d'aliénation mentale. C'est là un point qui semble laisser encore quelque incertitude. — Dans le cas où le délire mélancolique devrait être considéré comme un signe précurseur de paralysie générale, il y aurait lieu de déterminer d'une manière précise les caractères à l'aide desquels on pourrait distinguer ce même délire, alors qu'il doit ou ne doit pas aboutir à la paralysie générale, du moment où il est démontré que le délire mélancolique est loin d'avoir toujours cette fatale terminaison. — Après avoir admis avec M. Baillarger et la plupart des auteurs que le délire mélancolique peut, aussi bien que le délire des grandeurs, caractériser la paralysie générale, l'auteur constate que ces deux dé-

lires se combinent quelquefois chez le même individu, pour constituer un état mixte, dans lequel les idées de richesse et de grandeur s'enchevêtrent, par exemple, avec les idées de persécution. Il a vu deux fois des cas de paralysie générale dans lesquels les malades, se croyant possesseurs des plus immenses trésors, s'imaginaient en même temps qu'ils étaient entourés d'ennemis qui voulaient les leur ravir. D'autres fois ils pensent que tous les avantages dont ils sont pourvus sous le rapport des honneurs et de la fortune leur font des ennemis et des jaloux qui leur suscitent mille désagréments et ourdissent contre eux les plus noires machinations.

Note sur le délire mélancolique considéré comme signe précurseur de la paralysie générale, par M. Linas. (Académie des sciences, 22 octobre.)

Après avoir rappelé les opinions de MM. Baillarger, Brierre de Boismont et Billod, émises dans les mémoires précédents, M. Linas montre que la vérité n'est, dans aucune de ces assertions, prise exclusivement, mais qu'elle se trouve dans les trois réunies. En d'autres termes, le délire dépressif, précurseur de la paralysie générale, ne revêt point une physionomie spéciale, pathognomonique ; il est susceptible de prendre non-seulement la forme hypocondriaque, mais encore toutes les autres nuances de la mélancolie.

S'appuyant sur l'observation clinique et sur l'autorité de MM. Calmeil, Bayle, Parchappe, Trélat, etc., M. Linas croit pouvoir poser les conclusions suivantes :

Ni le délire hypocondriaque ni la mélancolie avec stupeur n'ont aucun caractère spécial, aucune valeur pathognomonique, relativement à la période prodromique de la paralysie générale. — On peut observer au début, comme dans le cours de cette affection, toutes les variétés du délire mélancolique. — Cette variété n'est pas une acquisition nouvelle dans l'histoire de la paralysie générale ; et les faits rapportés par MM. Baillarger, Brierre de Boismont et Billod, ne servent qu'à lui fournir un surcroît de démonstrations.

Remarques concernant la paralysie générale, présentées à l'occasion des notes de MM. Baillarger et Brierre de Boismont, par M. Pinel. (Académie des sciences, 29 octobre.)

M. Cas. Pinel, à l'occasion des notes de MM. Baillarger et Brierre de Boismont sur la paralysie générale, présente un mémoire qui se résume ainsi :

L'existence du délire spécial hypocondriaque séparé de l'hypocondrie et de la mélancolie ne me paraît pas justifiée par une

observation rigoureuse. — Ce délire est d'une nature dépressive, et revêt tantôt la forme mélancolique, tantôt la forme hypocondriaque, et d'autres fois ces deux formes simultanément. — Il peut précéder, accompagner ou suivre la paralysie générale, sans qu'il en établisse le diagnostic d'une manière positive. — Le délire dépressif, dans le cours de la paralysie générale, alterne assez souvent avec le délire expansif chez les mêmes malades.

Des délires spéciaux dans la paralysie générale, par M. Legrand du Saulle. (Académie des sciences, 5 novembre.)

Si le délire des grandeurs a été aussi contesté et a soulevé un aussi grand nombre d'objections, c'est que les auteurs ont confondu des observations de nature différente, ou qu'ils n'ont tenu compte que d'une période de la maladie ; — personne ne prétend que ce délire soit constant et exclusif, mais, par son extrême fréquence chez les paralytiques et sa rareté dans les manies simples, il n'en constitue pas moins un symptôme très-important. — Le délire hypocondriaque est aussi fréquent chez les mélancoliques paralytiques qu'il est rare chez les malades atteints de *mélancolie simple.* A ce titre, il est, comme le délire des grandeurs, un signe d'une grande valeur diagnostique et pronostique.

Erreurs judiciaires. — Observations de paralytiques condamnés pour vol, par M. Sauze. (Annales médico-psychologiques, p. 53.)

Quatre observations.

Démence paralytique simple. (Gazette des hôpitaux, p. 149.)

Début par une congestion cérébrale. — Atrophie du cerveau. — Opacité et épaississement des membranes qui n'adhèrent en aucun point à la substance grise. — Induration de la substance blanche. — Dilatation des ventricules par la sérosité.

Manie congestive suivie de démence, avec prédominance d'idées de grandeur, par M. Baillarger. (Gazette des hôpitaux, p. 5.)

Parallèle entre la paralysie générale des aliénés et la paralysie d'origine saturnine, par M. Bourdesol. (Thèses de Paris, n° 155.)

L'auteur a observé des exemples de paralysie générale produite par le plomb ; il cite le travail de M. Devouges sur le même sujet et il arrive aux mêmes conclusions. — La paralysie générale peut avoir pour point de départ l'empoisonnement par le plomb ; du moment qu'on ne pourra attribuer cette affection à

aucune autre cause, il faudra bien admettre l'influence saturnine, si le malade y est resté exposé. C'est par une série de congestions lentes que cet état arrive, congestions qui peuvent arriver de deux manières, ou par dyscrasie veineuse, ou par hysposthénie nerveuse.

De l'hydrocéphalie ventriculaire chronique acquise et idiopathique, par M. Brunet. (Annales médico-psychologiques, p. 209.)

Une longue observation avec réflexions.

Rapport médical sur l'asile public d'aliénés de Stéphansfeld, pour l'année 1859, par M. Dagout. (Strasbourg, imprimerie Silbermann, in-8, 39 pages.)

Menstruation et aliénation mentale, par M. Schlager. (Annales médico-psychologiques, avril.)

Voici quelques-unes des conclusions de cet important mémoire.

Dans un assez grand nombre de cas, on a n'a constaté aucune influence appréciable du cours régulier de la menstruation sur les perturbations psychiques. Quand cette influence se manifeste, c'est surtout dans l'hyperphrénie chronique et dans l'aphrénie. — Dans les cas où le cours régulier de la menstruation a exercé quelque influence sur la marche des perturbations psychiques, cette influence s'est principalement révélée par la recrudescence de l'excitation cérébrale. — La ménostasie primitive ne peut être considérée comme exerçant une influence indirecte que dans les cas où se déclare une manie convulsive dissipée par la réapparition des menstrues. — Quant à la ménostasie consécutive, ce n'est que par exception qu'on peut la considérer comme condition de causalité des troubles psychiques; mais, en général, elle n'a aucun rapport étiologique avec l'évolution de l'aliénation mentale, son influence n'a même été qu'accessoire dans des cas de mélancolie. — Les ménostasies consécutives ne jouent même qu'un rôle insignifiant dans les cas où les nerfs utérins sont le point de départ d'illusions empruntées aux phases d'une grossesse absente. — C'est dans les formes primitives de l'aliénation mentale que l'on observe surtout la ménostasie consécutive. — La ménostasie consécutive à la grossesse a quelquefois exercé une influence perturbatrice dans les trois ou quatre premiers mois; mais l'accouchement est presque toujours la crise de cette perturbation. Toutefois cette crise n'est complète qu'autant que la menstruation reparaît après la période puerpérale. Mais le pronostic est fâcheux quand l'amélioration ne suit pas immédiatement le retour de cette fonction.

Cysticerques multiples dans le cerveau chez un aliéné, par M. Joire. (Gazette des hôpitaux, p. 86.)

Des tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille, par M. Joire. (Gazette des hôpitaux, p. 6.)

Dans cette note, l'auteur dit qu'il n'y a pas pour cette affection d'autre cause qu'un traumatisme. Cette cause traumatique peut passer inaperçue; mais elle a existé dans tous les cas observés par M. Joire, et probablement dans ceux observés par d'autres auteurs, dont les théories seraient tombées devant la constatation du traumatisme. — Le meilleur traitement est l'expectation pure et simple.

Des tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille chez les aliénés, par M. Dumesnil. (Gazette des hôpitaux, p. 250.)

L'auteur conclut : 1° Que les tumeurs sanguines doivent se former réellement sous l'influence de causes générales internes, et apparaître entre le cartilage et la membrane vasculaire qui le nourrit ; — 2° Qu'elles sont d'un pronostic fâcheux ; — 3° Que les altérations de l'oreille dans l'épilepsie sont le résultat de lésions extérieures ; qu'elles sont insignifiantes à tous les égards, et qu'elles siégent dans le tissu cellulaire ; — 4° Qu'il n'est nullement prouvé que les épanchements sanguins que l'on dit avoir été constatés chez les boxeurs et chez les enfants, soient de même nature que ceux observés chez les déments paralytiques.

De la séquestration des aliénés, par M. Petit. (Académie de médecine, 3 janvier.)

D'après l'auteur, la séquestration des aliénés est un acte de lèse-humanité, parce qu'elle aggrave l'état du malade, soit par l'exaspération morale qu'elle produit constamment durant les premiers jours de la séquestration, soit par les traitements parfois barbares qui lui sont infligés. La séquestration est fâcheuse aussi parce que, dans la maison où on le reçoit, on l'abandonne, en général, sans lui donner les soins que son état exige. — D'ailleurs, poursuit M. Petit, l'aliénation n'est point une maladie mentale; elle est une maladie purement physique et matérielle de l'organe qui préside à l'entendement humain, ou plutôt l'effet d'une affection morbide du cerveau. L'aliéné est un malade; il faut le traiter et le guérir, et non le séquestrer.

De l'interdiction des aliénés, par M. de Castelnau. (Paris, Durand, grand in-8, XIII-202 pages.)

Interdiction des aliénés, par M. de Castelnau. (Académie des sciences, 28 octobre.)

Dans cette note, M. de Castelnau appelle l'attention sur les conditions physiologiques auxquelles il faut avoir égard pour que des mesures judiciaires destinées à garantir les intérêts de personnes supposées incapables de les défendre elles-mêmes, ne deviennent pas par le fait plus préjudiciables qu'utiles. (V. l'*Annuaire*, t. III, p. 340.)

De l'organisation d'un asile d'aliénés. — Rapport à M. le sénateur préfet de la Seine, par M. Renaudin. (Annales médico-psychologiques, p. 598.)

Les données de cette organisation se rattachent à deux ordres de faits : les uns, presque indépendants de l'effectif de la population, correspondent aux bases fondamentales du service, définies par les lois et règlements. Les autres, au contraire, déterminent le régime individuel de chaque habitant de l'asile.

Considérations générales sur l'ensemble du service des aliénés du département de la Seine (extrait d'un rapport adressé à M. le préfet de la Seine, par M. Girard de Cailleux. (Annales médico-psychologiques, p. 267.)

Ce rapport, après avoir constaté le rapide accroissement de la population des aliénés dans le département de la Seine, et la nécessité de transférer une partie de ces malheureux dans les asiles des départements voisins, conclut à la construction et à l'organisation d'asiles propres au département de la Seine.

Gheel, ou une colonie d'aliénés vivant en famille et en liberté, par M. Jules Duval. (Paris, Guillaumin, grand in-18, 214 pages.)

Des aliénés en Ecosse, en 1859 (extrait d'un rapport traduit de l'anglais), par M. Dumesnil. (Annales médico-psychologiques, p. 252 et 430.)

Ce rapport est celui du docteur Arthur Mitchell sur les aliénés du comté de Schetland. Il contient de nombreux détails curieux et instructifs.

Programme pour la formation de plans d'un asile modèle destiné à la ville de Madrid, par M. Brierre de Boismont. Paris, imprimerie Martinet, in-8, 34 pages.)

Des asiles d'aliénés en Espagne; recherches historiques et médicales, par M. Desmaisons. (Paris, J.-B. Baillière, in-8, 184 pages.)

Classification des diverses variétés du crétinisme, par M. Morel.
(Académie des sciences, 4 juin.)

La classification de M. Morel est la suivante : 1° goîtreux avec manifestation de cachexie et de torpeur intellectuelle ; 2° crétins à fécondité continue ; 3° crétins bornés en leur fécondité, et crétins stériles ; 4° crétins avec dégénérescences complexes ; 5° crétins monstrueux.

Crétinisme et idiotie, par M. Gugenbrechl.
(Académie des sciences, 10 décembre.)

Les observations relevées depuis vingt ans dans l'établissement de l'Abendberg ont prouvé que le crétinisme est une affection grave du système cérébro-spinal, consistant en plusieurs altérations pathologiques qui produisent le développement irrégulier et tardif du corps et l'obtusion des sens et des facultés intellectuelles. — OEdème cérébral, avec des anomalies dans les ventricules latéraux qui sont dilatés et remplis ou non de sérum. Dans une période plus avancée, le ramollissement des circonvolutions contiguës se fait voir. — Développement imparfait ou retardé des parties cérébrales, surtout des lobes antérieurs et postérieurs ; quelquefois l'atrophie générale du cerveau ; plus rarement l'hypertrophie de cet organe est la cause de la stupeur cérébrale. — Endurcissement du cerveau ou de quelques parties, dans quelques cas exceptionnels. — Hypertrophie des os du crâne, qui comprime la substance cérébrale (c'est la forme rachitique du crétinisme). — Fermeture prématurée de la suture par l'inflammation, produisant déformation du crâne très-fréquente chez les crétins et les idiots. — L'observation, dans les vallées alpestres, montre qu'il faut distinguer un groupe de symptômes précurseurs qui affligent une grande partie des habitants sans nuire aux facultés intellectuelles; ce sont : le goître, le défaut de taille, la disproportion entre le corps et les membres, l'affaiblissement des sens, surtout l'ouïe dure et le strabisme. — Le symptôme pathognomonique du crétinisme est la stupeur cérébrale ; mais cela n'empêche pas que quelques facultés isolées soient bien développées, comme une mémoire extraordinaire pour apprendre les langues, la musique, le dessin, ce que l'on observe assez souvent à l'Abendberg. — Mais il faut admettre que le germe ou la prédisposition se développe dans le sein de la mère, parce qu'on rencontre partout des familles où une partie des enfants deviennent crétins, tandis que d'autres conservent leur santé et leur intelligence, quoiqu'ils soient entourés des mêmes influences extérieures. — Le principe fondamental dans le traitement du crétinisme est de fortifier le développement physique avant le développement des facultés des sens, parce que l'expérience a

prouvé que toute tentative est dangereuse tant que les forces physiques ne sont pas relevées, la nutrition et les fonctions du système nerveux régularisées.

Communication de deux cas d'autopsie faite sur des enfants idiots, par M Delasiauve. (Société médicale des hôpitaux, Union médicale, t. V, p. 141.)

Il n'y avait chez ces malheureux idiots presque aucune manifestation intellectuelle. L'un restait alité, et l'autre assis sur un tapis. A***, âgé de 4 ans, sourd-muet, strabique, en partie aveugle, avait une tête de médiocre volume, à front assez proéminent et assymétrique. L'hémisphère droit du cerveau offrait un aspect régulier; le gauche, au contraire, était visiblement atrophié, notamment par suite du peu de volume du lobe postérieur réduit à un état rudimentaire. Cet hémisphère pesait 150 grammes de moins que celui du côté opposé; pour les deux, le poids total était de 880 grammes, non compris la protubérance et le cervelet, ensemble 150 grammes. En outre, les couches optiques et les corps striés manquaient de développement. Au centre de l'un d'eux se remarquait aussi une petite tumeur aplatie, semi-caséeuse, dans laquelle l'analyse a fait reconnaître des éléments fibro-plastiques. —M***, âgé de 9 ans, petit et grêle, est sourd-muet et aveugle. La tête contraste par son volume avec le reste du corps. Notablement étranglée au niveau de la région articulaire, elle présente en élévation et en longueur des proportions exceptionnelles. L'avancement énorme du front laisse surtout présumer l'existence ou d'une masse fibreuse ou de quelque tumeur enkystée. L'événement trompa tout à fait nos prévisions. Il n'y avait là qu'un cerveau anormalement volumineux, pressé à ce point par les parois crâniennes, qu'aucun interstice ne séparait les circonvolutions. La totalité de la masse, cerveau et cervelet, pesait 1,350 grammes. De plus, en avant et en arrière, les hémisphères étaient comme soudés entre eux ; on ne pouvait les disjoindre qu'en les déchirant. La consistance du cerveau n'avait rien de particulier ; seulement, la substance grise présentait une teinte foncée dont je n'ai jamais observé un si frappant exemple. Les nerfs optiques et le chiasma étaient de leur côté fort amaigris.

Rapport sur un cas de folie simulée, par M. Billod. (Gazette hebdomadaire, p. 116.)

Il s'agit d'un homme qui prétendait avoir une hallucination de l'ouïe. M. Billod démontre qu'une histoire racontée par lui et ayant trait à une révélation qui lui aurait été faite par la sainte

Vierge ne peut être le fait d'une telle hallucination. En supposant qu'il y eût eu une hallucination, comme ce fait date de trois ans, qu'il est resté isolé, et qu'il ne présente aucune connexité avec le crime commis, il faut en conclure que cet homme avait son libre arbitre et toute sa responsabilité.

Rapport médico-légal sur l'état mental de la fille Fabry, accusée d'incendie volontaire, par M. A. Foville. (Annales médico-psychologiques, p. 219.)

Conclusions. — La fille Fabry, nièce, fille et sœur d'aliénés, jouissant elle-même d'une intelligence très-bornée et naturellement incomplète à certains égards, est peu capable d'apprécier la valeur morale de certains actes. Sans cesse en contact avec un frère aliéné, dont l'idée fixe était de vendre sa maison pour payer ses dettes, elle a pu concevoir l'idée d'atteindre le même but en y mettant le feu, sans avoir la conscience de toute la gravité d'un tel crime, et sans qu'il nous paraisse juste de faire peser sur elle une responsabilité égale à celle que devrait encourir toute personne jouissant de l'intégrité parfaite de ses facultés morales et intellectuelles.

Plus tard, se voyant menacée d'une condamnation, elle a cherché son salut en se faisant passer pour folle, et l'état de démence dans lequel elle s'est montrée à l'audience de la Cour d'assises des Vosges, était simulé.

De la responsabilité morale chez les aliénés, à propos d'un rapport médico-légal sur l'état mental du sieur Jean Grandjouan, accusé de parricide, par M. H. Belloc. (Annales médico-psychologiques, p. 236 et 413.)

Conclusions.—Il est des aliénés chez qui les facultés intellectuelles sont tellement perverties ou oblitérées, qu'on ne saurait, en aucun cas, les rendre responsables d'aucun de leurs actes. Il en est d'autres, probablement plus nombreux que les premiers, de qui l'intelligence, restée intacte dans un ou plusieurs points, leur permet d'apprécier la moralité de leurs actes, et autorise la société à leur en demander compte sans injustice dans une certaine mesure. Il ne peut être question en aucun cas d'appliquer à l'aliéné déclaré coupable les peines extrêmes édictées par la loi..... L'adoption de cette réforme par la jurisprudence, et même dans la loi, devrait avoir pour conséquence l'institution d'une maison centrale de correction exclusivement destinée aux aliénés criminels.

Rapport médico-légal sur l'état mental d'Eugénie-Adelaïde Hayez, par MM. Graux, Rossignol et Parigot. (Annales médico-psychologiques, p. 567.)

Conclusions. — La demoiselle Hayez avait une intelligence capable d'apprécier tous les actes de la vie, et il en existe des preuves irréfutables; ses excentricités dépendaient de ses dispositions naturelles, de son caractère, de ses lectures, de ses convictions.

Elle avait conscience de ce qu'elle voulait et prévoyait toutes les conséquences de ses actes.

On doit considérer son acte de donation et ceux de sa dernière volonté comme la conséquence d'une volonté libre, sérieuse et positive.

Rapport médico-légal sur l'état mental de Jean Clos, prévenu d'outrages et d'insultes envers S. M. l'Empereur et le maréchal Niel, par M. Auzouy. (Annales médico-psychologiques, p. 588.)

Ce rapport conclut à la folie.

Rapport médico-légal de M. Trélat sur l'état mental de Victorine Desportes, accusée d'incendie. (Annales médico-psychologiques, p. 377.)

Le rapport conclut que Victorine Desportes, en mettant cinq fois le feu, n'a point obéi à un penchant maladif irrésistible, qu'elle n'est point aliénée irresponsable de ses actes.

Rapport médico-légal sur l'assassinat de Diraison par Jean le Roux. — Nouvelle expertise, par M. Baume. (Annales médico-psychologiques, p. 39.)

Conclusions. — 1° Jean Le Roux était atteint d'aliénation mentale au moment où il a commis le meurtre de Diraison. Il l'est encore aujourd'hui, puisqu'il conserve la même croyance sur des griefs qui n'ont eu d'autre fondement que des interprétations délirantes ou des illusions maladives.

2° Cette aliénation mentale appartient au type *lypémanie*, très-fréquent aujourd'hui chez les aliénés....

3° Dans l'intérêt de la société, qui n'a pas le droit de se venger d'un malade, mais qui doit se prémunir contre le danger de ses actes, les aliénés homicides devraient être à perpétuité séquestrés dans un asile exclusivement réservé aux aliénés criminels, par le double motif que leur folie peut récidiver dans ses terribles conséquences, et que, dans l'hypothèse la plus favorable d'une guérison (bien douteuse et généralement impossible dans cette

espèce), ils peuvent transmettre à leurs descendants le germe héréditaire.

Caractère séméiologique rétrospectif tiré de l'état des ongles, par M. Beau. (Gazette des hôpitaux, p. 398.)

Un grand nombre de maladies, qui ne sont pas assez graves pour entraîner la chute des ongles, ont du moins assez d'influence sur le travail sécrétoire de leur matrice pour l'enrayer plus ou moins; d'où non pas la chute de l'ongle, mais la formation de sillons ou de dépressions qui restent sur ces appendices pendant un certain temps comme les vestiges ou les signes rétrospectifs de la maladie d'où ils procèdent.— Ces sillons offrent les caractères physiques suivants : ils ont une direction parallèle à celle de la matrice de l'ongle. Leur profondeur varie. Quelquefois ils sont constitués par une dépression très-légère; d'autres fois ils occupent la presque totalité de l'épaisseur de l'organe. En général, ils sont plus marqués sur sa partie médiane que sur ses côtés, et ils sont d'autant plus profonds que l'ongle est plus gros. Leur étendue, quand ils sont profonds, affecte la totalité du diamètre transversal de l'ongle. Lorsqu'ils ont peu de profondeur, ils occupent seulement la partie moyenne de ce diamètre. Leur largeur est très-variable, elle est quelquefois d'un demi-millimètre; d'autres fois elle occupe la presque totalité de l'ongle.— La loi d'accroissement des ongles étant connue, il est facile, en prenant cette loi pour base de calcul, d'apprécier d'une manière très-approximative, d'après la distance à laquelle le sillon se trouve de la matrice de l'ongle, à quelle époque remonte la maladie qui a déterminé la formation de ce sillon. — La fièvre typhoïde figure en première ligne parmi les maladies qui déterminent les sillons onguéaux; puis viennent les différentes pyrexies, les phlegmasies et toutes les affections dans lesquelles la réparation alimentaire et l'assimilation sont suspendues ou notoirement diminuées, surtout quand il s'y joint de la fièvre. Les sillons se montrent aussi après l'action des différentes causes morales qui ont profondément influencé les fonctions digestives. L'état de couches agit aussi de la même manière. — Les indices que ces sillons peuvent fournir ont trait à la nature ou à l'intensité de la maladie passée, à l'époque de son existence, à sa durée et à son mode d'invasion et de terminaison. — La nature grave ou la grande intensité de la maladie est démontrée par la profondeur du sillon. L'époque à laquelle la maladie aura eu lieu est dénotée par le lieu de l'ongle où se trouve le sillon. On connaîtra, d'après le nombre des sillons et leurs distances respectives, le nombre de maladies auxquelles le sujet aura été exposé dans une période

déterminée, et l'intervalle de temps qui les aura séparées. On pourra enfin avoir des indices sur la durée de la maladie en considérant la largeur des sillons. — Il n'est pas jusqu'au mode d'invasion et de terminaison de la maladie productrice des sillons des ongles qui ne puisse être établi d'après les mêmes considérations. — Il est bien entendu que ces faits, comme tout ce qui est subordonné aux lois de l'organisme, sont sujets à des exceptions ou à des anomalies dont les causes nous échappent, et qu'ils ne sauraient, par conséquent, être considérés comme des caractères d'une certitude et d'une valeur absolues; mais ils sont du moins assez constants et assez fixes, d'une manière générale, pour pouvoir fournir des données utiles au praticien, qui a toujours besoin d'être instruit des antécédents des malades, et au médecin légiste, qui peut y puiser des renseignements précieux dans les cas de recherches relatives à des simulations ou à des dissimulations de maladies.

— Du sillon des ongles dans la convalescence des maladies graves. Loi de reproduction des ongles, par M. Ménard. (Gazette des Hôpitaux, p. 434.)

— Du sillon des ongles au point de vue séméiologique et physiologique, par MM. Souflet et Randon. (Gazette des Hôpitaux, p. 506.)

Nous citerons sur *divers sujets* les travaux suivants :

— Du refroidissement, par M. Richer. (Thèses de Paris, n° 66.)

— Des effets d'un grand froid sur l'économie animale, par M. Krajewski. (Gazette des Hôpitaux, p. 563.)

— Etude sur les tempéraments, par M. Surdun. (Montpellier, imprimerie Ricard. In-8°, 92 p.)

— Quelques considérations générales sur les crises, par M. Zanetidès. (Thèses de Montpellier, n° 93.)

— Des crises en général, et plus particulièrement du ptyalisme critique, par M. Heylles. (Thèses de Montpellier, n° 11.)

— Essai sur l'entraînement et ses applications en médecine, par M. Amourel. (Thèses de Montpellier, n° 21.)

— De la périodicité morbide, par M. Lacome. (Thèses de Montpellier, n° 18.)

— De l'hérédité morbide, par M. Filliette. (Thèses de Strasbourg.)

— Considérations sur l'infection et la contagion, par M. Rollin. (Thèses de Strasbourg.)

— De l'alimentation dans les maladies aiguës, par M. Benckard. (Thèses de Strasbourg.)

— De l'influence de l'abus des alcooliques sur la marche et le traitement des maladies aiguës, par M. Dezwarte. (Thèses de Paris, n° 213.)

— Du régime dans les maladies aiguës, par M. Lernout. (Thèses de Paris, n° 12.)

— Etudes premières sur les maladies des âges, par M. Dereins. (Thèses de Paris, n° 60.)

— Des complications, par M. Batigne. (Thèses de concours de Montpellier. In-8°, 127 p.)

— De l'enseignement clinique, de son importance et de ses rapports avec l'enseignement théorique, par M. Dupré. (Montpellier médical ; t. IV, p. 489.)

— Considérations générales sur l'enseignement clinique, par M. Piorry. (Paris, imprimerie Remquet. In-8°, 7 p.)

— Apprécier les services que la physiologie expérimentale a rendus et peut rendre à la pathologie interne, par M. Castan. (Thèses de concours de Montpellier. In-8°, 141 p.)

— Apprécier au point de vue clinique l'influence des états diathésiques sur les maladies aiguës, par M. Battle. (Thèses de concours de Montpellier. In-8°, 116 p.)

— Des saignées générales dans les phlegmasies, par M. Alexandre. (Gazette des Hôpitaux, p. 299.)

— Des saignées générales dans les phlegmasies, par M. Alexandre. (Gazette des Hôpitaux, p. 301.)

— Leçons sur la fièvre et l'inflammation, par M. Williams Adison. (Gazette médicale, p. 186.)

— Des séreuses splanchniques et de leur inflammation, par M. Renou. (Thèses de Paris, n° 27.)

— Essai sur la nouvelle théorie de la fièvre, de son traitement par les préparations de digitale, par M. Paulier. (Thèses de Paris, n° 223.)

— De la température du corps dans quelques états pathologiques, par M. Amiard. (Thèses de Paris, n° 88.)

— Etude sur les tempéraments, par M. Surdun. (Thèses de Montpellier, n° 22.)

— Considérations générales sur les maladies chroniques et sur quelques moyens de traitement qui leur sont applicables, par M. Martin. (Thèses de Montpellier, n° 48.)

— Epidémies, par M. Jolly. (Académie de Médecine, 5 novembre.)

— Epidémies. — Constitution médicale régnante du canton de Milhau (Aveyron). (Gazette des Hôpitaux, p. 377.)

— Sur la constitution médicale de l'automne dernier et sur celle de l'hiver actuel, jusqu'au 22 janvier. (Gazette des Hôpitaux, p. 81.)

— Maladies régnantes, par M. Girin. (Gazette médicale de Lyon, p. 97.)

— Constitution médicale du printemps et de l'été. (Gazette des Hôpitaux, p. 409.)

— Traité pratique d'auscultation, suivi d'un Précis de percussion, par MM. Barth et Roger. (Paris. Labé, 5e édition. In-8°, xx-736 p.)

— Compte rendu des travaux de la Société de Gannat (1859-1860), par M. Laronde. (Gannat, imprimerie Barroux. In-8°, 96 p.)

— Etude sur les erreurs et les préjugés populaires en médecine, par M. Bessières. (Thèses de Paris, n° 228.)

— De l'holopathie, par M. Marchal. (Union médicale, p. 322, t. V.)

— Traité de pathologie générale, par M. Monneret. (Paris, Béchet. T. III, in-8°, 1020 p.)

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, par M. Trousseau. (T. I, in-8°, LII-772 pages.— Paris, J.-B. Baillière et fils.)

Nous publierons l'analyse de cet important ouvrage à l'occasion du 2e volume.

Nous citerons les *relations* suivantes, peu susceptibles d'analyse :

— Etude médicale de quelques questions importantes pour la Louisiane, par M. Faget. (Union médicale; t. V, p. 395.)

— De l'encombrement. Souvenirs de deux hivers passés en Crimée, 1854-55, 1855-56, par M. Mançais. (Thèses de Montpellier, n° 42.)

— La Guyane et ses établissements pénitentiaires, par M. Michaux. (Thèses de Paris, n° 8.)

— Observations sur quelques points de la chirurgie militaire pratique, recueillies à l'armée d'Italie, par M. Dujardin-Beaumetz. (Thèses de Paris, n° 249.)

— Du climat et des maladies de la basse Louisiane, par M. Mercier. (Gazette des Hôpitaux, p. 54.)

— Relation médicale d'une campagne sur la côte orientale d'Afrique et dans la mer Rouge, à bord du brick de guerre *le Génie*, années 1857-58-59, par M. Novella. (Thèses de Paris, n° 16.)

— Essai sur la topographie hygiénique et médicale de la Nouvelle-Calédonie, par M. Rochas. (Thèses de Paris, n° 250.)

— Considérations hygiéniques et pathologiques sur le Sénégal, par M. Duprat. (Thèses de Paris, n° 240.)

— Relation médicale de deux voyages d'émigration de l'Inde aux Antilles françaises, par M. Dangain. (Thèses de Paris, n° 229.)

— Relation médicale du voyage de *la Persévérante* dans l'O-

céan Pacifique de 1855 à 1858, par M. Leroy. (Thèses de Paris, n° 53.)

— Etude sur l'étiologie physiologique des maladies des organes de sécrétion excrémentitielle dans les pays chauds, par M. Jacob de Cordomoy. (Thèses de Paris, n° 5.)

— Relation médicale d'une campagne dans les mers des Antilles, par M. Saint-Alban-Roulland. (Thèses de Montpellier, n° 97.)

—Lettres médico-chirurgicales écrites du grand quartier général de l'armée d'Italie, par M. Bertherand. (Paris, in-8°, 204 pages.)

— Considérations générales et pratiques sur les maladies qui ont régné d'une manière épidémique sur l'armée d'Italie, pendant les mois de juillet, août, septembre, octobre 1859, par M. Aubin. (Thèses de Montpellier, n° 100.)

— Etudes cliniques sur les pricipales maladies observées à l'Hôtel-Dieu-Saint-Eloi, par M. Girbal. (Montpellier médical, t. V, p. 393.)

—Bulletin des travaux de la Société médico-pratique de Paris, années 1856, 1857, 1858, 1859. (Paris, imprimerie Malteste; in-8°, 135 pages.)

— Comptes rendus des travaux de la Société du premier arrondissement, pendant les années 1858 et 1859, par M. Mouzard. (Deux brochures; in-8°, 102 pages.)

— Compte rendu des travaux de la Société des sciences naturelles et médicales de Seine-et-Oise, pour l'année 1858-1859, par M. Remilly. (Versailles, imprimerie Montalant; in-8°, 36 pages.)

— Extrait des articles de M. Peisse. (Moniteur des sciences médicales, p. 757, 775.)

— Iconautographie de Jenner, par M. Munaret. (In-8°, 71 pages. — Paris, Germer Baillière.)

— Notice sur le docteur Collineau, par M. Costilhes. (In-8°, 3 pages.)

— Voyage médical en Allemagne, par M. Gallavardin. (Paris, J.-B. Baillière; in-8°, VII-167 pages.)

Méthode à suivre pour l'étude de la médecine, par M. Chapelle. (Académie de médecine, 22 mai.)

Voici en quelques mots quelle est la donnée du travail de M. Chapelle, objet d'un rapport de M. Ferrus. — Ne considérant pas comme une question vaine le problème si débattu de l'origine des idées, M. Chapelle se demande si elles sont toutes faites dans l'entendement de l'homme à sa naissance, ou si elles sont le fruit de l'étude, de l'observation et de l'expérience. — L'homme, dit-il, apporte en naissant l'aptitude à saisir les idées générales, mais

non ses idées toutes faites ; c'est dans la sensation qu'elles puisent l'existence : aussi ne gravit-on que pas à pas l'échelle de la science. Quelle méthode peut aider plus efficacement à la parcourir? Faut-il suivre la marche adoptée par Descartes, ou essayer de s'y élever avec Bacon?

L'auteur voit un écueil dans l'une et l'autre de ces directions. Les idées ne doivent être acceptées qu'avec une extrême circonspection. Générales ou particulières, l'expérience est appelée à les redresser.

Quelques réflexions sur la valeur de l'hypothèse en médecine, par M. Maugin. (Thèses de Paris, n° 54.)

Le but de l'auteur est exposé dans les lignes suivantes : — Il faut savoir ou se rappeler que la science n'est pas un objet qu'on trouvera tout formé ; elle n'existe que parce que nous l'avons faite. Le jour où on aura vu, touché et senti tous les phénomènes, on n'aura pas encore mis la main sur les lois et les causes. La nature ne classifie pas, elle ne fait pas de genre, de familles ou d'espèces. C'est folie de prétendre l'asservir à des lois et à des types qui n'existent que relativement à notre manière de voir et de comprendre. L'objectif ne sera jamais que la matière de la connaissance ; sans l'élément formel, sans le subjectif, il n'y aura pas de science. Cet élément formel peut être dirigé par des règles certaines, puisque cet élément nous est propre, et que nous pouvons nous saisir comme cause et comme effet. Ces règles, ce sont les règles de la logique ; refuser de s'en servir, c'est refuser le seul moyen que nous ayons de nous approprier l'élément matériel de la connaissance. — L'hypothèse, parmi les moyens logiques, occupe le premier rang en médecine. J'ai cherché à l'isoler des conjectures et des suppositions non légitimes, à lui rendre la valeur immense qui lui est propre, à montrer les services qu'elle rendait à chaque instant, et à dissiper la frayeur qu'elle inspirait à ceux qui ne l'avaient vue qu'incomplétement, sans le cortége de ses conditions de légitimité, sans l'épreuve critique qu'elle réclame. J'ai voulu désabuser enfin sur le compte de quelques autres moyens infidèles, incomplets, qui avaient usurpé une place qu'ils ne remplissaient pas.

De l'enseignement officiel des spécialités médicales, par M. Giraud-Teulon.

Article favorable à l'enseignement officiel.

Sur la philosophie et la bibliographie médicales, nous citerons les ouvrages suivants :

— Etude historique sur les doctrines pyrétologiques, par Schlœfflin. (Thèses de Strasbourg.)

— Etude sur les bases de la science médicale, et exposition sommaire de la doctrine traditionnelle, par M. Fajet. (Gazette médicale, p. 400)

— De la philosophie et de la physiologie philosophique d'Hippocrate, par M. Luppi. (Gazette médicale, p. 631.)

— Du vitalisme médical et de son application aux fluxions, par M. Mazaurie. (In-8°, 102 pages; Montpellier, imprimerie Cristin.)

— Lettres à M. le professeur Trousseau, sur l'empirisme, le dogmatisme, le vitalisme, le matérialisme ou organicisme, le positivisme et quelques autres choses, par M. de Castelnau (Moniteur des sciences médicales, p. 785.)

— Le vitalisme et la chimie, par M. Latour. (Union médicale, t. VI, p. 566.)

— Sur la chimie et le vitalisme, par M. Godélier. (Gazette médicale, p. 509.)

— Introduction à la philosophie médicale, par M. Jaumes. (Montpellier médical, t. V, p. 1.)

— De la philosophie positive en médecine; d'un nouveau topique désinfectant, par M. Martinet. (Thèses de Paris, n° 145.)

— Sur quelques points de philosophie médicale, par M. Latapie. (Thèses de Paris, n° 64.)

— De l'état présent des doctrines médicales dans leurs rapports avec la philosophie et les sciences, par M. Dally. (Paris, V. Masson et fils; in-8°, 27 pages.)

— Traité de la médecine en huit livres, de Celse. Traduit par M. Des Etangs. (Paris, Didot frères; grand in-8° à deux colonnes, t. XII, 292 pages et figures.)

— La médecine du prophète, traduit de l'arabe, par M. Perron, (Paris, J.-B. Baillière; in-8°, 228 pages.)

— Comparer Sydenham et Stall, et apprécier l'importance qu'ils ont exercée sur la médecine pratique, par M. Vignal. (Thèses du concours de Montpellier; in-8°, 111 pages.)

— De la vie et de ses attributs, par M. Bouchut. (Gazette des hôpitaux, p. 255.)

— Essai sur la doctrine des éléments pathologiques, par M. Jaumes. (Montpellier médical, t. V, p. 289.)

— Essai sur la conservation de la vie, par M. de la Passe. (Gazette médicale; p. 309.)

— Des méthodes en médecine. (Gazette médicale, p. 339.)

— Dissertation sur les systèmes nosologiques et sur la nomenclature médicale par M. Barringer. (Thèses de Paris, n° 120.)

— Fragments de l'école de Salerne en prose, trouvés dans un manuscrit du douzième siècle. (Gazette médicale, p. 551.)

— Un épisode de la querelle des anciens et des modernes. (Gazette médicale, p. 509.)

— Documents inédits sur la grande peste de 1348; consultation de la faculté de Paris; consultation d'un praticien de Montpellier; description de Guillaume de Machaut, par M. Michon. (Thèses de Paris et Gazette médicale, p. 598.)

CHIRURGIE.

Greffes osseuses.— Expériences sur les transplantations d'os provenant d'un animal mort depuis un certain laps de temps, par M. Ollier. (Société de biologie; Gazette médicale, p. 182.)

M. Ollier présente une série de pièces pour prouver la possibilité de greffer des os pris sur un animal mort depuis un certain temps. — Il a transplanté des os, dix, trente et soixante-cinq minutes après la cessation de la respiration et de la circulation. C'est sur des lapins qu'il a fait ces expériences. — L'os, séparé des parties molles, a été transplanté sous la peau de l'aine ou du dos d'un autre lapin et s'y est parfaitement greffé. — Ce qui prouve la réalité de la greffe, c'est la réunion des trois caractères suivant : 1° L'os est intimement adhérent au tissu cellulaire qui l'entoure; il se continue avec lui. — 2° Il est recouvert d'une couche périphérique sous-périostale, plus ou moins épaisse, qui s'est produite depuis la transplantation. Cette couche de nouvelle formation, sur l'importance de laquelle M. Ollier avait attiré l'attention de la Société dans de précédentes communications, entoure l'os dans tous les points où l'enveloppe périostale a été conservée. — 3° Une injection fine pénètre jusque dans le canal médullaire de l'os : preuve irrécusable de la formation de nouveaux vaisseaux ou du rétablissement des anciennes voies vasculaires, et par conséquent de la vitalité de l'os transplanté. — Les pièces que présente M. Ollier possèdent ces divers caractères. Il n'y en a qu'une cependant d'injectée, c'est celle qui se rapporte à la transplantation opérée une heure après la mort. — Sur les os transplantés trente et soixante-cinq minutes après la mort, on voit encore distinctement cette couche sous-périostale; mais elle est moins prononcée que dans le cas précédent. — Ces diverses transplantations ont été pratiquées le 10 mai, et les animaux sacrifiés du 8 au 12 octobre, c'est-à-dire cinq mois après. Elles confirment ce que M. Ollier avait déjà annoncé sur le mécanisme de l'accroissement de ces os transplantés. — L'accroissement est peu sensible ou même nul en longueur; c'est surtout en épais-

seur qu'il s'opère. Le périoste continue ainsi les fonctions qu'il remplit à l'état normal. — M. Ollier n'a pas réussi à obtenir des greffes véritables, à transplanter des os d'un animal à un autre animal d'espèce différente. L'os devient le centre d'un abcès, ou bien contracte des adhérences temporaires. Dans ce dernier cas il est généralement résorbé au bout d'un certain temps.— Dans les transplantations entre animaux de même espèce, il peut arriver, par suite de diverses circonstances, que la greffe échoue et qu'un vaste foyer de suppuration se forme autour de l'os transplanté. — Mais alors on observe quelquefois des phénomènes qui viennent démontrer une fois de plus les propriétés ostéogéniques du périoste. — Le tissu osseux se mortifie et perd toutes ses propriétés vitales, mais le périoste qui l'entoure contracte des adhérences et continue de vivre. — L'os baigne alors dans le pus et est éliminé au bout d'un certain temps, mais le périoste reste et donne lieu à quelques productions ossifiables. Cette dernière terminaison a été observée dans un cas de transplantation opérée trente minutes après la mort. — Ces faits, ajoute M. Ollier, prouvent que la vie ne cesse pas avec la respiration et la circulation. Les tissus conservent, pendant un temps plus ou moins long, leurs propriétés vitales et leur aptitude à la greffe. — Quant au temps après lequel le périoste et les os perdraient leurs propriétés et leur aptitude à la greffe, M. Ollier ne peut pas les déterminer aujourd'hui d'une manière rigoureuse. — Les expériences qu'il a entreprises ne lui ont pas donné des résultats encore assez concluants, mais il pense que la limite de ses premières expériences est bien loin de la limite réelle qui doit, du reste, varier avec la température, l'âge de l'animal, le genre de mort, etc., etc. — On trouve, dans les traités de chirurgie, plusieurs faits de recollement des pertes divisées (nez, pulpe du doigt) après un certain temps. A ce sujet, M. Ollier rappelle un cas de greffe de la pulpe du médius gauche. Le lambeau a été rappliqué quarante minutes environ après l'accident, et l'opération a été suivie du plus complet succès. Un morceau de l'ongle était compris dans le lambeau. Ce morceau se détacha au bout de quelques jours ; mais il a été remplacé par une production analogue, qui s'est soudée à la partie restante de l'ongle, tout en demeurant distincte. — La malade a été revue après trois ans. La sensibilité est revenue peu à peu dans le lambeau.

Sur un cas de greffe osseuse, par M. Brown-Séquard.
(Journal de physiologie, p. 108.)

Nouvelle opération ostéoplastique, par M. Langenbeck.
(Gazette hebdomadaire, p. 652.)

Cette observation, que M. Langenbeck publiera en entier, porte

le titre suivant : Transplantation du péricrâne sur le dos du nez, pour remplacer les os propres du nez. — Chez une femme, ces os s'étaient nécrosés par suite d'une affection syphilitique. Le chirurgien fit une rhinoplastie, mais dans la formation du lambeau frontal, l'incision n'intéressa pas seulement la peau, mais pénétra jusqu'à l'os, et le périoste fut détaché de l'os et laissé adhérent au lambeau de peau. C'est là ce qui constitue la différence entre l'opération ancienne et celle qu'a exécutée M. Langenbeck. La plaie frontale s'est cicatrisée; la restauration du nez n'était pas encore parfaite; mais il y avait dans le périoste transplanté des éléments osseux.

Nouvelles observations de greffes animales, par MM. Gant, Josso et Azam. (Journal de médecine de Bordeaux, n° 7.)

On rapporte, dans cet article, trois observations de réunion de parties molles presque complétement détachées.

Régénérations osseuses, par M. Ollier. (Académie des sciences, 16 janvier.)

M. Ollier, en réponse à M. Sédillot, maintient que, chez l'homme comme chez les animaux, on obtient des régénérations osseuses par la conservation du périoste, toutes les fois que cette membrane sera saine ou n'aura pas subi de trop profondes désorganisations.

Dans une note ayant pour titre : *Note sur des transplantations d'os pris sur des animaux morts depuis un certain laps de temps*, M. Ollier publie les faits suivants : — Des lambeaux de périoste et des os entiers pris sur des animaux morts depuis un certain laps de temps peuvent être greffés avec succès sur un animal de même espèce. — La vitalité de ces tissus ne s'éteint pas avec la circulation et la respiration : transplantés dans un milieu analogue à celui qu'ils occupaient préalablement, ils continuent de vivre et de s'accroître jusqu'à une certaine mesure, d'après les lois de leur développement normal. — Séparés d'un animal vivant et exposés à l'air, ils peuvent également conserver leur aptitude à la greffe pendant un certain laps de temps, pourvu qu'ils soient maintenus dans un milieu suffisamment humide. — Non-seulement ils ont résisté à l'absorption, mais encore ils se sont accrus. L'accroissement s'est fait surtout en épaisseur, par l'intermédiaire du périoste, comme pour l'os normal. L'accroissement en longueur des os que nous avons transplantés dans les conditions énumérées plus haut nous a paru généralement nul ou peu sensible. — Quand la greffe ne réussit pas, l'os devient le centre d'un foyer purulent, et est éliminé tôt ou tard. Dans d'autres circonstances il s'enkyste, ou bien

commence immédiatement à être résorbé. — Les os dépouillés de leur périoste ne nous ont pas paru d'une greffe véritable. Ils jouent le rôle de corps étrangers et occasionnent de la suppuration ou bien sont graduellement résorbés.

Memoire sur les régénérations osseuses, par M. Bourguet. (Académie des sciences, 6 août.)

Dans ce mémoire, l'auteur cherche à démontrer la réalité du phénomène de la régénération des os longs à la suite de leur résection et de leur extirpation dans une grande étendue de leur diaphyse, et il étudie le rôle que joue le périoste dans ces diverses circonstances. Son travail est basé sur trois observations cliniques. — Il se termine par les conclusions suivantes :

La régénération des os longs, à la suite de leur résection ou de leur extirpation sur une étendue considérable de leur diaphyse, est un fait réel et incontestable ; — l'os nouveau a de la tendance à rester plus court, plus volumineux, plus irrégulier que l'os ancien ; mais il conserve la forme générale de ce dernier, et il en remplit avec le temps toutes les fonctions ; — le résultat de ces opérations, pour être sainement apprécié, a besoin d'être constaté longtemps après la guérison ; — la scie à chaîne peut être utilisée pour détacher les chairs et le périoste à la face profonde des os, dans les points où il est impossible d'atteindre à l'aide d'autres instruments ; — le phénomène de la régénération osseuse mérite d'être rapproché de celui de la formation du cal, avec lequel il présente la plus grande analogie, sinon même une identité complète ; — la conservation du périoste est éminemment avantageuse pour la reproduction de l'os ; toutefois, elle n'est pas absolument indispensable, les parties molles environnantes pouvant le suppléer et suffire dans quelques circonstances à ce travail réparateur ; — les fractures comminutives compliquées de lacération des parties molles, d'esquilles nombreuses avec perte de substance de l'os et écartement des fragments, sont susceptibles de consolidation par régénération osseuse, si on enlève les esquilles en ménageant le périoste, et qu'on traite la plaie consécutive comme une plaie simple.

De l'évidement des os, par M. Sédillot. (Strasbourg, imprimerie Silbermann, in-8, 195 pages et planches.)

L'analyse de ce mémoire a été publiée dans l'*Annuaire*, t. II, p. 322, et t. III, p. 369.

Observation sur la reproduction complète des os, par M. Mottet. (Académie des sciences, 15 octobre.)

Il s'agit d'une fracture comminutive et compliquée de la jambe chez un jeune homme.

Du onzième au douzième mois, les esquilles se sont détachées ; à leur place, un tissu osseux s'est formé et la jambe a fini par recouvrer toute sa solidité ; elle a conservé sa longueur et sa rectitude normales.

Formation du cal, par M. Flourens. (Académie des sciences, 5 mars.)

Dans le troisième chapitre de son livre intitulé : *Théorie expérimentale de la formation des os*, l'auteur a établi ces trois propositions : la première, que le cal se forme dans le périoste ; la seconde, qu'il ne se forme que dans le périoste ; et la troisième, que la formation du cal n'est qu'un cas ordinaire de la formation de l'os. — Dans ses nouvelles expériences, il a cherché, au contraire, des fractures compliquées, des fractures avec chevauchement, avec croisement des bouts d'os fracturés ; et il a vu alors deux sortes de cal : le *cal périostique*, le *cal permanent*, le *vrai cal* des anciens chirurgiens, et le cal des parties molles, extérieures au périoste, le *cal provisoire*, le *faux cal* des anciens chirurgiens, et qu'il appelle le *cal musculaire*, parce que c'est principalement par le tissu musculaire qu'il est formé.

L'auteur passe en revue, l'une après l'autre, toutes les parties d'un membre fracturé, et expose très-rapidement ce qui se passe dans chacune d'elles. — Les *nerfs :* ils restent toujours à l'état sain. — Les *vaisseaux :* ils sont souvent rompus, et alors il se produit un épanchement, mais leur tissu ne change point. — Les *tendons à coulisse :* ils ne changent pas non plus, et continuent à glisser dans leurs coulisses.—Les *tendons d'insertion:* ils peuvent, selon le lieu de la fracture, se confondre avec le périoste et suivre toutes les phases de son ossification. — Les *muscles :* c'est ici le vrai siége du cal extérieur au périoste, du *cal provisoire*, du *faux cal*. Les muscles qui sont éloignés de la fracture restent sains. Ceux qui adhèrent au périoste et touchent aux fragments osseux, changent de couleur et de consistance : ils pâlissent, ils durcissent, leurs stries transversales s'effacent ; enfin leur tissu, devenu fibreux, présente d'abord des cellules cartilagineuses et puis des cellules osseuses. Avec la guérison de la fracture, tout cela disparaît ; le muscle reprend son état naturel, et le cal provisoire n'existe plus. — Les *gaînes des muscles :* elles se tuméfient, et plusieurs se transforment en cartilage et puis en os.— Les *fragments déchirés du périoste :* ils se portent vers la membrane médullaire ou périoste interne, s'y joignent et bouchent avec lui le canal médullaire des bouts d'os fracturés. — Le *périoste :* il se tuméfie, se gonfle, adhère aux muscles qui entourent les fragments osseux ; puis il se transforme en cartilage, et de cartilage en os. Ceci est le *vrai cal*, le *cal permanent*, le cal qui subsiste après la guérison de la fracture ou plutôt qui

constitue la guérison même de la fracture, la *consolidation permanente* des bouts d'os rompus. — L'*os* lui-même : il n'augmente pas de volume, ses bouts ne s'allongent point ; tout le phénoméne de la formation du cal leur est extérieur ; ils restent passifs.

Ossification prématurée des fontanelles et des sutures crâniennes, par M. Jacobi. (Medical times and Gazette ; Archives générales de médecine, février, p. 223.)

M. Jacobi a observé, chez des enfants de 10 à 11 mois, des symptômes semblables à ceux qui annoncent le dernier degré des diverses affections inflammatoires du cerveau. L'autopsie a révélé que cette inflammation n'existait pas et que les phénomènes observés tenaient simplement à la compression du cerveau par les fontanelles et les sutures précocement ossifiées.

Cet état est l'expression la plus prononcée de l'ossification précoce ; mais il y a d'autres accidents moindres produits par la même cause. C'est au treizième mois environ que, chez les enfants bien portants, le pouls de la grande fontanelle cesse d'être perçu à cause des progrès de l'ossification.

Périostite et nécrose chez un fœtus, par M. Richardson. (Archives générales de médecine, février, p. 235.)

Femme ayant plusieurs fois accouché d'enfants vivants et bien portants, ne se souvenant pas d'avoir eu d'accident pendant sa grossesse. — L'enfant était mort, quoique à terme : la mort paraissait être récente. — La jambe droite était le siége d'un gonflement assez considérable et d'une rougeur érysipélateuse, surmontés d'une phlyctène au-dessus de la rotule. Une incision évacua une grande quantité de pus ; on trouva alors que les parties molles, entourant la plus grande partie du tibia, étaient presque complétement détruites. A la partie inférieure du tibia, le périoste était vivement enflammé ; plus haut, il était dans un état semblable à la gangrène et détaché de l'os, qui était plus blanc qu'à l'état normal, et nécrosé.

Deux observations d'ostéite aiguë du tibia, par M. Chairou. (Union médicale, t. V, p. 105.)

M. Chairou fait suivre ces observations des considérations suivantes : — Dans ces deux observations, absolument identiques, nous avons eu affaire à une ostéite aiguë, maladie dont la marche est habituellement insidieuse. — Au début, alors que l'examen

le plus attentif ne permet de constater aucune lésion appréciable, il y a une douleur très-vive, continue, s'exagérant sous l'influence des mouvements, et tantôt augmentée, tantôt diminuée et même abolie momentanément par les frictions et par la compression. Ce n'est qu'au bout de quelque temps que se montrent la tuméfaction, l'œdème, puis enfin la fluctuation et tous les désordres qui s'ensuivent, si une prompte ouverture ne donne issue au pus. — Le pronostic, dans les deux cas que nous venons de mentionner, a été des plus favorables, mais ce n'est pas la règle. Il peut y avoir formation de séquestre, ou bien, ce qui est plus grave encore, la maladie peut ne pas se limiter à la diaphyse de l'os, mais envahir l'épiphyse, et alors donner naissance à une tumeur blanche de la pire espèce. — D'autre fois encore la suppuration peut devenir assez abondante pour compromettre la vie.

Ostéite épiphysaire suppurée de l'extrémité inférieure du fémur gauche chez un adolescent, par M. Gosselin. (Gazette des hôpitaux, p. 341.)

Ostéite de l'os iliaque, par M. Piban.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 286.)

Homme robuste, sans diathèse. — Contusion de l'os iliaque. — Quelque temps après, abcès ayant pour siége le lieu même de la contusion ; suppuration, dénudation de l'os iliaque, ostéite et carie de cet os ; mort dans le marasme.

Nécrose invaginée du calcanéum, par M. Foucher.
(Moniteur des sciences médicales, p. 673.)

Amputation sous-astragalienne. — Guérison.

Fragment d'os frontal, par M. Guerlain.
(Bulletins de la Société anatomique, 1860, p. 266.)

Un homme se trouve suspendu par l'arcade orbitaire à l'un de ces crochets de fer auxquels les bouchers attachent la viande. Il en résulta une vaste plaie contuse et un arrachement de la presque totalité de l'arcade orbitaire. Le fragment osseux, long et large de 4 centimètres, ne tenait plus que par un petit lambeau du périoste, il fut enlevé, et la plaie fut pansée.

M. Dufour a, dans un cas analogue, réappliqué le fragment osseux adhérent aux parties molles. A part un petit point qui se gangrena, la cicatrisation fut très-rapide.

Nécrose par le phospore, par M. Jobert.
(Académie de médecine, 27 mars.)

Cette nécrose, portant sur les maxillaires, a été observée chez

une femme qui avait travaillé dans une fabrique d'allumettes chimiques phosphorées.

Nécrose des mâchoires par le phosphore, par M. Nélaton. (Gazette des hôpitaux, p. 562.)

Une observation, à propos de laquelle M. Nélaton formule ainsi sa règle de conduite en pareil cas :—On a proposé et pratiqué une multitude d'opérations qui ont été malheureusement presque toujours inutiles. On a beau enlever toutes les parties malades, réséquer plus ou moins profondément les os au delà même des limites du mal, on ne tarde pas, quelques précautions que l'on ait prises, à voir le mal envahir les parties saines. M. Nélaton condamne donc toute tentative de ce genre. Pour lui, la règle de conduite du chirurgien se borne à surveiller l'état des parties, et à saisir le moment où les séquestres sont devenus assez mobiles pour pouvoir les enlever. Surveiller l'état général et la marche des accidents locaux, alimenter et tonifier les malades, afin de les mettre le plus longtemps possible à même de lutter avantageusement contre la déperdition graduelle des forces qu'entraînent d'interminables suppurations, attendre que les séquestres soient naturellement éliminés pour les extraire, leur ouvrir tout au plus un passage facile, en incisant les parties molles qui les recouvrent, mais ne jamais porter la scie sur les os atteints ; voilà en quelques mots à quoi se réduit la conduite que M. Nélaton suit et conseille en pareil cas.

Recherches sur la composition des os atteints de carie, par M. Commaille. (Moniteur des sciences médicales, p. 473.)

La composition est tellement variable, qu'il est impossible de trouver deux fragments d'un même os ayant exactement le même aspect et donnant les mêmes résultats analytiques. — L'auteur est arrivé à cette conclusion générale, que le tissu spongieux renferme plus d'eau que dans l'état normal, avec diminution de la graisse et quelquefois de l'osséine.

Carie costale traitée avec succès par le baume Opodeldoch, par M. Flaschoen. (Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 233.)

Abcès froid de la partie postérieure du cou, par M. Wannebroucq. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 256.)

Céphalalgie très-intense. — Tumeur blanche de l'articulation occipito-atloïdo-axoïdienne, avec foyer purulent en communication avec le quatrième ventricule.

Mal de Pott occupant presque toute la colonne vertébrale, par M. Gros. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 360.)

Sur la nature des affections dites *tubercules des vertèbres*, par M. Gonzalez. (Thèses de Paris, n° 9.)

De la trépanation des cellules mastoïdiennes, par M. Follin. (Société de chirurgie, 18 janvier.)

Trépanation des cellules mastoïdiennes. — M. *Follin* a eu occasion de faire deux fois, dans le courant de l'année dernière, la trépanation des cellules mastoïdiennes avec succès. Un homme avait depuis longtemps de la suppuration dans le conduit auditif; de plus, il éprouvait des douleurs très-vives. M. Follin mit à nu l'apophyse mastoïde, et appliqua une petite tréphine ; la plaie guérit parfaitement bien, et il y eut cessation des douleurs et de la suppuration. — La seconde opération fut pratiquée sur un militaire, qui éprouvait depuis trois mois des douleurs très-vives dans l'oreille, accompagnées de surdité. Une incision cruciale fut faite au niveau de l'apophyse mastoïde, et, au moyen d'une tréphine, on enleva la paroi externe des cellules mastoïdiennes. A la suite de cette opération, les douleurs cessèrent, et la surdité disparut.

M. *Morel-Lavallée* a eu aussi l'occasion de faire la trépanation de l'apophyse mastoïde chez un homme qui éprouvait des douleurs très-vives dans la région mastoïdienne ; ayant d'abord reconnu la présence de la suppuration, M. Morel-Lavallée ouvrit l'abcès ; mais plus tard, comme les douleurs persistaient, il trépana l'apophyse mastoïde et guérit son malade.

De la trépanation de l'apophyse mastoïde et des lésions morbides qui rendent cette opération nécessaire, par M. Forget. (Union médicale, t. VI, p. 193.)

Cet article a été écrit à l'occasion de la communication précédente ; il renferme quelques bonnes réflexions sur l'ostéite de l'apophyse mastoïde, et une observation ainsi résumée : — Otite interne. — Abcès de la caisse. — Rupture de la membrane du tympan. — Paralysie des muscles du côté correspondant de la face. — Inflammation et abcès des cellules mastoïdiennes. — Trépanation de l'apophyse mastoïde. — Séton auriculo-mastoïdien à demeure. — Accidents graves produits par un séquestre invaginé. — Extraction de celui-ci. — Guérison.

Appareil portatif contre la scoliose, par M. Bock. (Union médicale, t. VI, p. 181.)

Cet appareil se compose d'un ressort dorsal vertical fait

d'acier, fort, mais de quelque élasticité; il présente sa convexité en avant vers le dos : cette convexité doit varier selon les contours du dos. Ce ressort a un double but : étant immuablement fixé et à la pièce transversale en haut, et à la ceinture appliquée sur les hanches, il fortifie d'abord l'appareil, dont il fait, du reste, une partie de la base; ensuite il est le soutien direct de la force mécanique, dont l'effet doit pouvoir s'étendre à tout point voulu du dos. Ce ressort dorsal est, dans toute sa longueur, pourvu de deux rangs de trous. — C'est de ce ressort que part la pression des deux autres ressorts élastiques attachés l'un à l'autre comme un levier composé. — Au moyen d'une vis, vissée dans un des trous, un des ressorts est fixé par derrière sur le grand ressort vertical, et à sa base est pratiquée une coulisse par laquelle on peut serrer le ressort, soit à angle droit, soit à angle obtus. De cette manière, on peut élever ou baisser l'extrémité du ressort, qui, du reste, selon l'âge de l'individu, doit être plus ou moins élastique. — Par une charnière placée à l'extrémité, ce ressort est joint à un autre ressort très-élastique, qui se prolonge sur la convexité de la scoliose. — Les deux ressorts joints sous un angle aigu forment ainsi un ressort composé, dont l'angle peut être plus ou moins ouvert à l'aide d'une vis. — Le poids de cet appareil varie de 500 à 1,000 grammes.

Altération remarquable des os du crâne chez un enfant rachitique, par M. Wannebroucq. (Bulletins de la Société anatomique, 1859, p. 249.)

Ces os n'offraient pas plus de résistance qu'on n'en aurait eu à couper de la cire vierge. L'occipital était criblé de trous : l'auteur pense qu'ils ont été produits par la résorption osseuse de cause rachitique, exagérée dans ces points; ils se seraient réparés si le sujet avait vécu, mais probablement avec une grande lenteur.

Mémoire sur une nouvelle espèce de tumeurs bénignes des os, ou tumeurs à myéloplaxes, par M. Nélaton. (Thèses de Paris, n° 58.)

Ce travail très-complet, contenant un grand nombre d'observations et de belles planches, peut être ainsi résumé : — Les *tumeurs à myéloplaxes* sont constituées par la *multiplication anormale* d'un des éléments anatomiques *normaux* de la moelle des os. — Elles ne doivent point être confondues avec les tumeurs à médullocelles, lesquelles prennent aussi naissance dans le tissu médullaire, mais dérivent de la multiplication anormale d'un élément anatomique tout différent. — Les tumeurs à myéloplaxes

(envisagées, du moins, d'une manière générale) ne méritent aucunement la qualification de cancéreuses. — Le caractère anatomique fondamental du tissu charnu de ces tumeurs, le caractère qui sert de base à leur classification, consiste dans une prédominance manifeste des *plaques à noyaux multiples* de la moelle, qui, d'éléments accessoires, deviennent alors éléments principaux. — Ces éléments anatomiques fondamentaux sont ordinairement reliés entre eux par une certaine quantité d'éléments fibreux ou fibro-plastiques, de matière amorphe et de granulations moléculaires. — A cette constitution histologique correspond presque toujours une coloration spéciale du tissu morbide, coloration qui se rapproche plus ou moins de la teinte *rouge brun* ou *cramoisie*, mais qui, dans certains cas, peut être atténuée ou même tout à fait masquée soit par la complication d'une infiltration graisseuse, soit par la présence d'une gangue fibroïde ou granuleuse très-développée. — Le tissu myéloplaxique, suivant le degré d'adhérence réciproque de ses éléments constitutifs, peut se présenter à l'état de *crudité* ou bien à l'état de *ramollissement*. — Le point de départ de ce tissu pathologique réside essentiellement, nous pourrions même dire exclusivement, dans le *système osseux*. Il se développe soit à la surface des os, soit dans leur épaisseur, mais presque toujours aux dépens des *portions spongieuses*. — Le siége d'élection des tumeurs à myéloplaxes est, sans contredit, dans les *os maxillaires*, particulièrement au niveau de leur *bord alvéolaire*. On les rencontre aussi, quoique moins souvent, dans les *extrémités épiphysaires* des os longs, surtout au genou, et quelquefois encore dans les os courts. — Fréquemment, le tissu morbide est emprisonné dans une *coque osseuse* ou *ostéo-fibreuse ;* et c'est pour cela que les auteurs ont ordinairement classé de pareilles tumeurs parmi les *kystes osseux* à produits solides, ou parmi les diverses manifestations de ce que l'on a appelé le *spina ventosa*. — Le plus grand nombre des tumeurs à myeloplaxes se montrent dans la *jeunesse*, et spécialement de quinze à vingt-cinq ans. — Elles sont ordinairement *indolentes* par elles-mêmes. — Si le tissu morbide s'est développé primitivement à la surface d'un des os maxillaires ou dans un point très-voisin de cette surface, et qu'il ait rapidement distendu et aminci la muqueuse gingivale, sa coloration spéciale peut se manifester, par transparence, sous l'aspect d'une teinte *livide*, *pourprée* ou *de vin :* cette circonstance permet alors, concurremment avec l'irréductibilité de la tumeur, de donner une grande précision au diagnostic. — Le seul caractère distinctif et en quelque sorte pathognomonique de ces tumeurs réside, en effet, dans la coloration spéciale de leur tissu ; malheureusement, ce caractère anatomique ne se manifeste pas fréquemment à l'extérieur sous forme de symptôme, en sorte que,

dans le plus grand nombre des cas qui se présentent, il peut bien être permis, jusqu'à un certain point, de *soupçonner* d'avance la présence d'une tumeur à myéloplaxes ; mais, quant à en *préciser formellement* la nature, cela n'est guère possible que pendant ou après l'ablation. — Toute tumeur des os essentiellement formée de myéloplaxes doit être réputée *de nature bénigne*. — Les tumeurs à myéloplaxes n'ont presque aucune tendance à rester stationnaires, et encore moins à rétrograder soit spontanément, soit sous l'influence d'un agent thérapeutique. — C'est par l'*extirpation* combinée à la *rugination* ou plutôt encore à la *cautérisation potentielle*, que l'on peut et que l'on doit espérer un véritable succès, du moins pour ce qui concerne les tumeurs sous-périostiques. — Quant aux tumeurs intra-osseuses, le moyen le plus sûr pour les mettre définitivement à l'abri des chances de reproduction (surtout lorsqu'elles sont infiltrées ou irrégulièrement enkystées dans le tissu osseux), consiste dans la *résection* de l'os, ou l'*amputation* du membre. — Cependant, il est quelquefois permis en pareil cas, ou même formellement indiqué, surtout au maxillaire inférieur, de chercher à ménager la continuité de l'os dans une certaine portion de son épaisseur, quelque minime qu'elle soit, et de recourir dans ce but, comme pour les tumeurs péri-osseuses, à l'*extraction* aussi complète que possible du tissu charnu, immédiatement suivie de la *rugination* des parois osseuses, du *grugement* avec la gouge, et d'une *cautérisation potentielle* énergique et très-pénétrante.

Hyperostose avec caverne tuberculeuse de la tête du péroné. Résection, par M. Azam. (Société de chirurgie, 3 octobre.)

Déformation de l'épaule par atrophie de l'humérus, par M. Nélaton. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, juillet.)

Douleurs péri-articulaires ; emploi de la cautérisation ponctuée.

Nouveau procédé opératoire pour l'exostose sous-unguéale, par M. Debrou. (Gazette hebdomadaire, p. 355.)

M. Debrou démontre, dans cet article, que l'exostose s'implante toujours sur le sommet de la phalangette, lequel est séparé de la base par une partie rétrécie ou col, ayant chez l'adulte 1 centimètre au moins. Le procédé opératoire proposé et mis en usage par M. Debrou, consiste à faire la section de la phalangette à l'union de son col avec sa base, en respectant l'articulation et les tendons. Pour cela, on fend l'ongle d'avant en

arrière avec une paire de ciseaux aigus, et l'on arrache les deux moitiés de l'ongle avec une pince ; ensuite, avec un bistouri droit et pointu, on fait une incision sur le dos de la phalange, à la place où était l'ongle, et l'on prolonge en avant cette incision sur les côtés de la tumeur, de manière à circonscrire et à déchausser le sommet de la phalangette ; alors, avec la pince de Liston, on rompt l'os au ras de la base, et l'on retire ce qui est en avant et qui porte la tumeur. Il en résulte une plaie creuse, qu'on ne doit pas chercher à réunir par première intention. Il faut attendre que les bourgeons charnus la comblent, afin de conserver à l'extrémité de l'orteil sa largeur, et pour que l'ongle, en repoussant, puisse s'y étaler.

De l'exostose sous-unguéale du gros orteil, par M. Letenneur. (Gazette hebdomadaire, p. 453.)

L'auteur critique le procédé précédent ; il croit que l'opération de M. Debrou ne conviendra pas à tous les cas, et qu'on peut obtenir des guérisons avec la cautérisation et aussi par d'autres moyens, comme dans une observation qu'il rapporte. Cette observation a pour titre : Exostose sous-unguéale du gros orteil gauche ; ablation au moyen de la gouge et du maillet ; guérison.

De l'abrasion de l'exostose sous-unguéale, par M. Foucher. (Moniteur des sciences médicales, p. 742.)

Une observation : la guérison a été obtenue par l'abrasion, qui, dans ce cas, était parfaitement indiquée.

De l'exostose sous-unguéale, par M. Vallin. (Thèses de Paris, n° 173.)

La thèse de M. Vallin contient l'exposé de la science sur ce sujet. — Malgré des assertions contraires, l'exostose sous-unguéale paraît siéger exclusivement aux doigts du pied. Parmi les orteils, c'est le gros qui est le siége de prédilection de la maladie ; toutefois, il n'est pas très-rare de voir l'un des autres orteils être affecté. — Cette exostose se rencontre chez les adolescents (entre douze et vingt-sept ans, d'après les observations publiées). — On avait cru que les femmes étaient beaucoup plus prédisposées que les hommes (sur dix-sept observations, seize se rapportaient au sexe féminin) ; mais, d'après les derniers faits que les chirurgiens ont recueillis, on trouve que les hommes sont aussi souvent affectés que les femmes. — La profession ne paraît avoir aucune influence ; l'exostose dont nous parlons est complétement indépendante de la scrofule, de la syphilis, etc. ; elle se développe en dehors de toute influence morbide générale. — Le vo-

lume de ces tumeurs est très-variable (un pois, une cerise, un marron). En l'absence de toute inflammation, leur aspect est rosé; quand les tissus ont été enflammés, on trouve des fongosités rouges, qui saignent, qui suppurent.— La tumeur se compose d'une partie dure et d'une partie molle. Cette dernière est constituée par le périoste, qui a conservé son épaisseur normale, ou qui, dans d'autres cas, a subi une hypertrophie telle qu'il forme à lui seul presque toute la tumeur. — Les fongosités dont nous avons parlé sont un accident inflammatoire : elles sont constituées par des bourgeons charnus. — La portion dure ou osseuse est au centre de la tumeur; recouverte par les parties molles, elle surmonte la phalangette comme une apophyse naturelle : sa forme est celle d'une pyramide, d'un tubercule ou d'un champignon. Elle est toujours constituée par des tissus spongieux, mais à des degrés différents de condensation, de telle sorte que l'exostose offre plus ou moins de résistance aux instruments tranchants. — Elle adhère à l'os de la phalangette par un pédicule dont les formes sont variables : tantôt c'est un collet rétréci, tantôt c'est une large base, à partir de laquelle la tumeur va diminuant de volume. — Le point d'insertion du pédicule serait toujours le sommet de la phalange. Ce fait, énoncé récemment par M. Debrou, a pu être vérifié sur plusieurs malades; il a une assez grande importance pour le traitement. C'est sur le sommet exclusivement, ou mieux sur l'un des deux renflements qui forment le sommet à la manière d'un fer à cheval, que s'implante l'exostose. — Il y a différents symptômes, douleur, gêne pour la marche, etc.; mais les deux grands caractères physiques de l'exostose sous-unguéale sont la dureté et l'immobilité. — La dureté n'existe pas toujours à la superficie de la tumeur; mais, en pressant avec le doigt, on arrivera à constater un noyau dur et osseux. — Quant à l'immobilité, elle n'a jamais manqué dans les exostoses dont on a rapporté l'histoire, car toutes avaient un pédicule. — A ces deux derniers caractères qui, réunis, sont, pour ainsi dire, pathognomoniques, on pourrait joindre le suivant : si on promène le bout d'un corps effilé sous l'extrémité libre de l'ongle, comme pour la nettoyer, on est bientôt arrêté par un tubercule résistant qui soulève l'ongle : c'est l'exostose elle-même qui fait obstacle.

Quant au traitement, M. Vallin montre qu'il faut enlever cette tumeur, et il donne la préférence au procédé suivant : — Partant de ce fait démontré par M. Debrou, à savoir : que le point d'insertion de l'exostose est toujours et exclusivement le sommet de la phalangette, nous pensons que, pour éviter toute récidive, il suffit d'enlever ce sommet. On doit mettre sur le compte d'opérations incomplètes les récidives signalées par quelques auteurs. — Or, moins les pertes que nous ferons subir au tissu osseux et

aux parties molles seront grandes, plus nous aurons de chances d'obtenir une plaie facile à guérir, de conserver au gros orteil sa forme primitive, de laisser à l'ongle une place suffisante pour que sa déformation soit évitée. — Il faut donc faire l'incision des parties molles immédiatement en arrière de la tumeur et couper l'os, mis à nu, avec des cisailles, tout près de son sommet, n'ayant qu'un souci, celui d'enlever ce sommet.

Note sur les fractures par pénétration et les fractures qui peuvent les simuler, par M. Voillemier. (Gazette des hôpitaux, p. 506 et 511.)

Il ne faut pas confondre les fractures par *pénétration* avec les fractures par écrasement ou avec engrènements des fragments. — Les fractures par pénétration sont propres aux extrémités de quelques os longs : elles exigent pour se produire plusieurs conditions. Il faut : — 1° Que l'extrémité de l'os soit assez notablement plus grosse que son corps ; — 2° Que le corps de l'os soit formé d'un tissu compacte, épais, résistant, mais réduit à une lame mince en se rapprochant de son extrémité ; — 3° Que l'axe de cette extrémité soit à peu près dans la même direction que l'axe du corps de l'os ; — 4° Que la force vulnérante agisse dans le sens de la longueur de l'os, dont elle tendra à rapprocher les deux bouts. — Voici d'après quel mécanisme la fracture aura lieu : Supposez une violence agissant sur l'extrémité d'un os dans le sens de sa longueur, elle sera transmise jusqu'à l'autre extrémité, qui, reposant elle-même sur le sol, résistera. L'os, ainsi pressé par ses deux bouts, se brisera dans sa partie la plus faible ; or, cette partie est celle où le tissu compacte se termine en une lame de peu d'épaisseur et où l'os se renfle. La solution de continuité une fois produite, si la violence du choc n'est pas épuisée, le tube osseux continue à descendre et pénètre dans le tissu spongieux. — Cette pénétration se présente sous diverses formes dont il est aisé de se rendre compte. — Le type de la fracture par pénétration se rencontre sur le radius, parce qu'il présente toutes les conditions anatomiques que nous avons indiquées comme nécessaires à ce genre de lésion. — Dans les fractures par pénétration, le travail de consolidation a lieu tout entier dans l'épaisseur de l'os et principalement sous le périoste, dont une partie est souvent conservée. — Quant à la lame compacte du corps de l'os qui a pénétré dans l'extrémité spongieuse, on la retrouve encore après bien des années. — La pénétration n'est pas toujours facile à reconnaître. Pourtant, on peut la soupçonner et quelquefois s'assurer qu'elle existe en groupant et en comparant entre elles certaines circonstances. Ce sont le siége présumé de la fracture, la nature de la cause qui l'a produite, la déformation particulière du membre, l'absence de crépitation

et de mobilité des fragments. — En présence de ces fractures, le chirurgien doit s'attacher à corriger certaines déformations du membre, en agissant directement sur les fragments ; — A assurer leur immobilité dans la position que la pénétration leur a faite ; — A empêcher la déformation d'augmenter, à l'aide d'un appareil qui maintient le membre dans une bonne position. — Mais on ne doit jamais chercher à rendre au membre sa longueur en pratiquant une véritable réduction.

Recherches sur la disjonction traumatique des épiphyses, par M. Foucher. (Paris, imprimerie Noblet, in-8, 19 pages.)

Cet intéressant mémoire se résume ainsi : — L'épiphyse peut se séparer de la diaphyse, soit traumatiquement, soit spontanément (et dans ce dernier cas le décollement épiphysaire n'est qu'un épiphénomène survenant dans le cours d'autres affections, de celles du périoste, et en particulier de ces vastes abcès sous-périostiques si bien décrits par M. Chassaignac). — La disjonction épiphysaire traumatique est d'autant plus facile à produire, toutes choses égales d'ailleurs, que l'enfant est plus jeune. — Le lieu de la séparation de l'épiphyse et de la diaphyse varie suivant l'âge et la cause. Sous ce rapport, il y a trois points d'élection : 1° l'union de la couche chondroïde et de la couche spongoïde ; 2° l'union de la couche spongoïde et du tissu spongieux ; 3° le tissu spongieux lui-même. — Quel que soit le siége de la lésion, elle se rattache toujours par sa nature aux solutions de continuité, aux fractures, et par le mécanisme de sa production, elle se rapproche des luxations. — C'est, en effet, l'exagération de certains mouvements qui est la cause efficiente la plus ordinaire des disjonctions épiphysaires. L'action musculaire n'a qu'une influence secondaire. — La surface de la solution de continuité est alternativement convexe, et le périoste est largement décollé sur la diaphyse. — Des disjonctions, les unes sont intra-articulaires, les autres extra-articulaires, considération importante au point de vue du pronostic.

Des fractures chez les enfants, par M. Guersant. (Gazette des hôpitaux, p. 345.)

Les enfants subissent des fractures aussi souvent que les adultes et les vieillards. — Parmi les causes prédisposantes propres à l'enfance, il faut signaler le rachitisme. Chez les enfants, c'est le plus habituellement à la partie moyenne des os des membres que siége la solution de continuité. M. Guersant n'a pas encore observé chez les enfants la fracture en coin. On observe fréquemment la fracture incomplète, ou avec conservation d'une certaine

continuité entre les fragments. Les enfants présentent les mêmes complications que les adultes dans les fractures, avec moins d'intensité toutefois. Tous les os du squelette peuvent être fracturés. — Les fractures des enfants sautent moins aux yeux que celles des personnes plus âgées. Il faut être sobre de manœuvres exploratrices, et, dans les cas douteux, mettre des appareils, sauf à rectifier plus tard le diagnostic. La consolidation se fait promptement (dix-huit ou vingt jours). La fracture non compliquée n'est, chez les enfants, qu'un simple accident sans importance. En général, les os se réunissent avec une régularité parfaite et sans raccourcissement apparent, à la condition d'un traitement bien dirigé.

Bandage de Burggraeve pour le traitement des fractures. (Gazette des hôpitaux, p. 10.)

Dans une leçon, M. Nélaton a fait ressortir les avantages de ce bandage, qui est ainsi composé : On enveloppe le membre d'une grande quantité de ouate, que l'on tasse fortement et que l'on maintient à l'aide d'une bande roulée, médiocrement serrée ; on place sur cette première bande de larges bandes de carton mouillé, qui prennent facilement la forme des parties : celles-ci sont recouvertes à leur tour d'une bande roulée, peu serrée, et par-dessus le tout on applique une solution de dextrine ou d'amidon, que l'on laisse sécher à l'air.

Moyen nouveau et très-simple de prévenir la roideur et l'ankylose dans les fractures. — Bandage articulé, par M. Morel-Lavallée. (Bulletin de thérapeutique, t. LVIII, p. 202.)

Publication *in extenso* du mémoire lu à l'Académie, par M. Morel-Lavallée ; nous l'avons fait connaître dans l'*Annuaire*, t. II, p. 323.

Traitement des pseudarthroses par l'autoplastie périostique, par M. Jordan. (Académie des sciences, 12 mars.)

Cette méthode a pour fondements les résultats expérimentaux obtenus par M. Flourens. Elle consiste essentiellement dans la résection oblique des deux fragments entre lesquels s'est faite la pseudarthrose, après que l'on a opéré le décollement du périoste, soit sur les deux fragments, soit sur le fragment supérieur seul. Dans ce dernier cas, qui est celui que l'auteur a figuré dans les trois planches placées à la fin de son mémoire, on a une manchette périostique, fendue sur sa face antérieure, et dans laquelle on invagine le fragment inférieur. On fait deux points de suture, ou l'on applique deux serres-fines sur les bords de la fente du

manchon périostique, pour en rapprocher les deux lèvres, puis on réunit d'une façon incomplète les bords de la plaie des parties molles; enfin, l'on maintient le membre dans une immobilité complète et aussi longtemps prolongée qu'il est nécessaire, dans un appareil inamovible et approprié. Dans une des deux observations rapportées par l'auteur, l'opération faite pour un cas de pseudarthrose de la jambe, et sur le tibia seulement, bien que les deux os fussent intéressés, fut suivie de guérison au bout de trois mois, mais sans consolidation du péroné.

Pseudarthrose de la jambe, par M. Chalvet.
(Bulletins de la Société anatomique, 1860, p. 49.)

Enfant de huit ans et demi. A trois mois, fracture de la jambe non soignée; consolidation vicieuse des fragments. A deux ans, tentatives de redressement; rupture du cal, et, depuis cette époque, la consolidation des fragments n'a pu être obtenue, malgré l'emploi des sétons, des cautères, de la rugination et de la résection des fragments. M. Guersant s'est décidé à pratiquer l'amputation de la cuisse au lieu d'élection.

L'autopsie a révélé un chevauchement considérable des fragments, et l'interposition entre eux des parties molles.

Du délire nerveux dans les fractures des extrémités des membres, par M. Demarquay. (Gazette des hôpitaux, p. 137.)

M. Demarquay a observé plusieurs fois le délire nerveux dans des cas de fractures des extrémités des membres. Ces faits, du reste, semblent confirmer les idées de Dupuytren sur l'identité de ce délire et du délirium tremens; comme Dupuytren, M. Demarquay a traité avec succès les malades par l'opium à hautes doses.

Fracture du crâne avec écoulement sanguin par l'oreille, par M. Simon. (Société de biologie, septembre; Gazette médicale, p. 690.)

Il y a eu chez ce malade un écoulement sanguin, non suivi d'un écoulement séreux; or, l'autopsie a fait constater la parfaite intégrité de l'arachnoïde viscérale, celle du prolongement que cette membrane donne aux nerfs facial et auditif, l'intégrité complète aussi du rocher dans toute la portion qui répond au conduit auditif interne et même au delà. Il n'y avait donc point, dans ce cas, de communication directe ou indirecte de la cavité sous-arachnoïdienne avec l'extérieur. D'autre part, il y a eu absence complète d'écoulement séreux. — Du rapprochement de ces deux faits, ne peut-il pas en résulter la forte présomption anatomo-

physiologique que le liquide séreux qui s'écoule par l'oreille est bien comme l'a démontré l'analyse chimique du liquide encéphalo-rachidien.

Fracture du crâne. (Med. Times and Gaz.; Gazette médicale, p. 99.)

Fracture du pariétal gauche. — La fracture était horizontale, accompagnée d'un enfoncement des fragments qui amena peu à peu une paralysie du côté droit de la face. Comme le coma, la stupeur allait en augmentant; on fit la trépanation, on souleva les morceaux enfoncés. Les symptômes s'amendèrent considérablement, et le malade fut en état de partir guéri, conservant encore cependant un peu de surdité et un léger degré de paralysie faciale.

Fracture du crâne, par M. Trélat. (Société de chirurgie, 29 août.)

En même temps que la fracture du crâne, il y a eu fracture du fémur et rupture de la rate; la mort est survenue rapidement.

Fracture du crâne avec enfoncement et enclavement d'une notable portion du pariétal; guérison sans accident, par M. Richet. (Société de chirurgie, 31 octobre 1860.)

Il y a de remarquable dans cette observation, que, malgré la présence dans la cavité crânienne d'une portion osseuse considérable qui devait et qui doit même encore maintenant comprimer la portion de l'encephale immédiatement située au-dessous, il n'y a eu ni primitivement ni consécutivement aucun des symptômes généralement attribués à ces sortes de lésions. Si l'on eût pratiqué d'emblée le trépan, relevé la portion osseuse, nul doute que l'on n'eût cru avoir prévenu des accidents formidables et sauvé la vie du malade.

Ecoulement sanguin et séreux par le conduit auditif externe, sans fracture du crâne, par M. Tatum. (The Lancet, 1er decembre, et Gazette médicale de Lyon, p. 567.)

L'apophyse coronoïde et le condyle droit du maxillaire inférieur sont fracturés. La partie cartilagineuse du conduit auditif est déchirée dans un point de sa circonférence; c'est là, sans doute, qu'était la source de l'hémorrhagie qui avait eu lieu par l'oreille.

Fracture du rocher, par M. E. Béraud.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 174.)

Chute d'un lieu assez élevé. — Perte de connaissance; hémor-

rhagie par le conduit auditif externe. Mort trois jours après l'accident. — Le rocher présente une fracture parallèle à son grand axe, située en arrière de la suture sphéno-pétreuse, intéressant le conduit auditif externe et les cavités de l'oreille interne. La fracture s'étend sur la grande aile du sphénoïde, et en arrière sur la portion écailleuse du temporal et jusque sur le pariétal. — Dans l'abdomen, on trouve un épanchement considérable dû à une rupture du foie et à une rupture du rein droit.

Fracture du rocher, par M. Horteloup.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 283.)

Chute du haut d'une échelle. — Perte de connaissance ; suintement sanguin, puis séreux, très-abondant. Mort huit jours après l'accident. — A l'autopsie, méningite de la base, décollement de la dure-mère par un énorme caillot sanguin au niveau de la fracture, qui présente la disposition suivante : Il existe d'abord une longue fissure s'étendant depuis la partie supérieure du temporal jusqu'à la base du rocher, où elle bifurque. — A la partie externe, cette fente coupe l'apophyse mastoïde, contourne le bord inférieur, arrive dans la rainure digastrique ; elle se dirige ensuite un peu en arrière pour passer au niveau de l'insertion des muscles splénius et sterno-mastoïdien ; puis elle rentre dans le crâne, elle traverse toute la face interne de l'apophyse qui fait partie des fosses latérales et postérieures du crâne, puis ensuite longe toute la base du rocher, et vient retrouver, à la face supérieure du rocher, la branche interne de la fissure que nous avons laissée. — Cette seconde portion de la fraction ou branche interne que nous avons laissée à la base de la portion pierreuse se divise en deux branches, une qui se dirige en arrière pour aller retrouver, ainsi que nous l'avons vu, l'extrémité de la fissure externe, puis l'autre branche suit la face supérieure du rocher dans la longueur de $0^m,02$; à ce niveau, elle se divise en deux parties qui contournent de haut en bas et d'arrière en avant tout le corps du rocher ; de cette manière, la portion pierreuse se trouve divisée en deux parties complètement distinctes par cette fracture. En faisant mouvoir l'extrémité antérieure, on voit facilement qu'elle ne tient plus à l'extrémité postérieure que par la dure-mère. Cette fracture siége au niveau de l'oreille interne dont on voit l'intérieur.

Fracture du crâne avec lésion de l'artère sphéno-épineuse, par M. Guerlain. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 266.)

Il existait chez le même sujet plusieurs fractures, parmi lesquelles celles du crânes surtout présentent de l'intérêt. — Les

os du crâne sont le siége d'une fracture représentant assez bien deux branches parallèles réunies par une sécante. L'une de ces branches commence un peu au-dessous de la plaie du cuir chevelu, comprend une portion du pariétal droit, et s'arrête brusquement au niveau de la réunion du temporal avec cet os. Elle a 4 centimètres d'étendue. La seconde branche commence au niveau de la suture du pariétal avec le rocher, et finit un peu en avant du trou sphéno-épineux. La troisième branche, qui réunit les deux précédentes, offre 1 centimètre d'étendue. Au niveau de l'angle formé par la rencontre de cette dernière branche avec la branche inférieure de la fracture, se trouve une perte de substance ayant environ 4 millimètres de diamètre. C'est juste en ce point que se trouve le rameau postérieur de l'artère méningée moyenne. Le petit fragment osseux que l'on n'a pu retrouver a sans doute formé une esquille qui a ouvert l'artère et causé l'hémorrhagie. Sur la dure-mère, au point correspondant à la perte de substance de l'os, on constate, en effet, un petit orifice dans lequel on peut introduire une bougie très-fine, et qui conduit dans l'intérieur de l'artère sphéno-épineuse.

Fracture du crâne, fracture de l'extrémité interne de la clavicule, etc., par M. Morel-Lavallée. (Gazette médicale, p. 369.)

Ancienne fracture directe du crâne par un éclat de bombe, par M. Perrin. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 308.)

Cette observation est intéressante, surtout à cause du défaut de consolidation osseuse de la fracture. L'os fracturé ne s'est soudé aux os voisins que dans une partie de son étendue ; il est resté une solution de continuité, fermée par une lamelle fibreuse.

Fracture de l'orbite. — Pénétration dans le cerveau par un tuyau de pipe, par M. Fritz. (Bulletins de la Société anatomique, 1859, p. 325.)

Chez un enfant de deux ans et demi, un tuyau de pipe a traversé la paupière supérieure et l'orbite sans blesser l'œil ; il a perforé la voûte orbitaire et atteint le cerveau. Nécrose du frontal, méningite autour de la perforation, et enfin, le lobe antérieur du cerveau est transformé en un vaste abcès.

Fracture de l'arcade zygomatique, par M. Pellarin. (Union médicale, t. VI, p. 296.)

Il y avait chez le même malade disjonction de l'os malaire, dont l'angle antérieur fait saillie sur le rebord inférieur de l'or-

bite ; — fracture de l'extrémité sternale de la clavicule. — Guérison de ces différentes lésions.

Fracture de la mâchoire inférieure, par M. Chalvet.
(Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 304.)

Epileptique. La fracture siége au niveau de la symphyse du menton ; elle a été produite par cause directe. L'appareil de M. Houzelot a seul été capable de maintenir la fracture. Au vingt et unième jour, il est survenu un érysipèle, auquel le malade a succombé quelques jours après. — Il n'y a pas trace de consolidation de la fracture.

Fractures multiples des os de la face, par M. Laforgue.
(Union médicale, t. VIII, p. 53.)

Ces fractures avaient été produites par un coup de pistolet tiré à bout portant. — Cette observation fournit un nouvel exemple de la facilité avec laquelle guérissent les plaies d'armes à feu qui ont leur siége sur la face. Les fractures avec esquilles des os situés dans les régions profondes étaient bien de nature à faire craindre des accidents consécutifs. Non-seulement ces accidents ne se sont pas déclarés, mais la guérison des fractures s'est faite avec une rapidité qui n'est pas ordinaire dans les fractures comminutives. La communication directe, avec les deux narines, du foyer des fractures, a été très-favorable à la guérison, en permettant l'écoulement du sang et de la suppuration des plaies profondes. Aussi les plaies d'entrée et de sortie de la balle se sont-elles oblitérées dès les premiers jours, la détersion des organes blessés se faisant, d'une manière continue, par les fosses nasales.

Fractures multiples, par M. Lemarié.
(Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 327.)

Ces fractures avaient été produites par une chute d'un lieu élevé. Les os fracturés étaient la clavicule, plusieurs côtes, le maxillaire inférieur et la rotule.

Fracture de la colonne cervicale, par M. Lacoste.
(Gazette des hôpitaux, p. 167.)

Chute sur la tête. Fracture de la sixième vertèbre cervicale ; mort très-rapide.

Fractures du rachis, par M. Guerlain.
(Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 319.)

Chute de vingt pieds de haut. On a constaté une fracture du

bassin par action directe ; un arrachement des apophyses transverses des vertèbres lombaires par action musculaire ; un écrasement de la première vertèbre lombaire ; une déchirure des ligaments inter-épineux et sus-épineux ; une fracture du sternum par cause indirecte.

Série de fractures avec hémorrhagie intra-rachidienne, par M. Chalvet. (Bulletins de la Société anatomique, 1859, p. 242.)

Homme de cinquante-quatre ans. Chute dans un escalier ; mort deux heures après. — A l'*autopsie*, on a trouvé : 1° Une fracture au tiers moyen du fémur ; 2° une fracture transversale du tiers supérieur de l'humérus, dont le fragment supérieur a produit une solution de continuité dans la longue portion du biceps ; 3° six côtes fracturées, dont trois envoyaient des esquilles dans le poumon ; 4° la rotule fracturée comminutivement et réduite en un très-grand nombre de fragments, dont plusieurs avaient pénétré dans l'articulation du genou ; 5° enfin, un fracture en coin de la clavicule, dont le fragment externe était très-aigu. Il n'y avait rien dans l'encéphale ni du côté de la boîte crânienne ; mais l'ouverture du canal vertébral a révélé une hémorrhagie rachidienne, abondante, située tout entière en dehors des méninges, et qui explique les convulsions et la mort rapide du malade. Il n'y avait rien dans l'arachnoïde spinale, ni dans l'intérieur de la moelle ; l'hémorrhagie est tout à fait *extra-méningée ;* il est impossible de savoir si elle a causé ou suivi la chute. Il n'y avait pas de fracture de la colonne vertébrale.

Fracture du sternum, par M. Morel-Lavallée. (Gazette médicale, p. 368.)

Mort très-rapide ; les fragments avaient pénétré dans le médiastin, qui était emphysémateux avec caillots sanguins.

Fractures de côtes compliquées. (Le Scalpel ; Gazette médicale, p. 637.)

Une observation d'accidents graves du côté des poumons. Guérison par le traitement ordinaire.

Fracture de côte déterminée par une quinte de toux, par M. Piffard. (Gazette des hôpitaux, p. 442.)

Fracture de côte incomplète, par M. Jouon. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 47.)

Un homme est fortement comprimé entre un cheval et un mur. Mort une demi-heure après. Epanchement considérable de sang

dans le péritoine, provenant d'une rupture multiple du foie. La septième côte est fracturée sur sa lame externe seulement.

Fracture d'un cartilage costal, par M. Bonnejoy.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 166.)

Homme de cinquante-huit ans. La fracture siége sur le cartilage costal inférieur gauche, à quatre travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde. Les fragments présentent un chevauchement considérable, qui semble impossible sans déchirure du périchondre. La surface de fracture du fragment supérieur ne présente aucune trace de régénération ; celle du fragment inférieur semble adhérer sans intermédiaire au tissu osseux du cal. Le cal semble formé de deux parties séparées par un tissu fibreux. En l'examinant au microscope, on ne rencontre dans son intérieur aucune cellule cartilagineuse, mais de petits globules uniformes finement granulés.

De quelques fractures par arrachement et des fractures verticales du sacrum, par M. Voillemier. (Académie de médecine, 2 octobre.)

L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :— Les fractures par arrachement sont plus communes qu'on ne le croit généralement. — Celles qui sont dues à l'action musculaire sont rares. Le plus souvent la contraction des muscles est sollicitée et exagérée par une violence extérieure. — La contraction volontaire d'un muscle détermine, quand elle est exagérée, une douleur qui avertit de la suspendre. Pour qu'elle soit portée au point de produire une fracture, il faut qu'elle soit involontaire, brusque, et qu'elle agisse à la manière d'un choc. — La portion d'os arrachée est peu considérable et limitée par les insertions musculaires. — Les fractures dues à une traction opérée par les ligaments sont assez fréquentes. — Elles se rencontrent sur des os spongieux, et résultent de la différence de résistance que présentent le tisseux osseux et les ligaments. — Les ligaments peuvent arracher le rebord osseux de toute une surface articulaire, une ou plusieurs épiphyses, détacher du corps d'un os des fragments de plusieurs centimètres, et quelquefois briser un os dans toute son épaisseur. — Les arrachements sont une complication assez fréquente des luxations du pied et du coude, des fractures du péroné et de certaines entorses dont ils expliquent la gravité. Souvent ils sont méconnus. — La fracture verticale du sacrum doit être rangée dans cette variété de fracture par arrachement. — Cette fracture, dont l'histoire n'a pas été faite, n'est pas très-rare, à en juger par le nombre de cas que j'ai observés. — Elle s'étend ordinairement de la base de l'os à son sommet, en passant

par les trous sacrés, et détache l'aile du sacrum tout entière. — Elle est produite par une chute sur l'ischion, et plus rarement par une violence extérieure qui, pressant le bassin d'avant en arrière, tend à écarter l'un de l'autre les os iliaques. — Elle est toujours et nécessairement accompagnée d'une fracture complète du segment antérieur du bassin. — Souvent elle a dû être confondue avec une luxation sacro-iliaque, dont elle se rapproche beaucoup par les signes. — Son pronostic est défavorable ; cependant la guérison est possible. — La réduction ne doit être tentée que si le fragment arraché est considérable, et, dans tous les cas, elle ne doit être opérée qu'avec une grande prudence. — Le déplacement se reproduit avec une grande facilité. — La réduction ne peut être maintenue qu'au moyen d'une extension permanente. Pour l'opérer et prévenir les accidents qui peuvent en résulter, la grande gouttière de Bonnet (de Lyon) est le meilleur appareil. — Il est encore une autre variété des fractures du sacrum, dans laquelle une de ses ailes est enfoncée. — Elle est produite par une violence directe agissant sur les deux parties latérales du bassin en même temps. — Il est bien difficile de la distinguer d'une luxation incomplète en arrière de l'os iliaque. — Dans tous les cas, même s'il y a doute, on ne doit point tenter la réduction. — Enfin, le traitement est le même que celui des fractures verticales du sacrum.

Fracture transversale du sacrum ; accidents paralytiques divers ; guérison incomplète, par M. Hamon. (Union médicale, t. VII, p. 583.)

Observation de fracture de la partie inférieure du sacrum. Cet accident fut immédiatement suivi des symptômes de la paraplégie, à cela près cependant que les cuisses semblent n'offrir rien de particulier sous le rapport de la myotilité et de la sensibilité, et que les jambes conservent encore un peu de sensibilité ; mais elles sont paralysées, ainsi que le rectum et la vessie : il y a rétention complète des matières stercorales, et l'urine ne s'écoule que par regorgement, car la sonde en fait sortir un litre et demi. — Il n'y a eu aucun traitement. — Les phénomènes de paralysie ont peu à peu diminué, surtout pour le rectum et la vessie.

Deux cas de fracture de l'os innommé, avec enfoncement de la cavité cotyloïde, par MM. Holmes et Partridge. (Med. Times and Gazette, 2 juin ; Union médicale, t. VIII, p. 585.)

Dans les deux cas, la mort a été la conséquence de l'accident.

Fracture de l'omoplate, par M. Richet. (Société de chirurgie, 31 octobre; Gazette des hôpitaux, p. 536.)

Cal volumineux et irrégulier dans la fosse sous-épineuse; impossibilité presque absolue des mouvements après trois mois et demi.

Le malade n'avait pas été soigné; il est probable qu'un bandage approprié aurait empêché la formation d'un cal aussi volumineux.

Des fractures du col chirurgical de l'humérus, par M. Sicard. (Thèses de Paris, nº 80.)

Ecrasement du tissu spongieux de la tête humérale, par M. Gosselin. (Société de chirurgie, 22 août.)

Il entra dans le service de M. Gosselin, à l'hôpital Beaujon, un homme âgé de quarante-six ans, qui se plaignait au niveau de l'épaule d'une douleur très-vive survenue à la suite d'une chute sur cette partie du corps. Lorsqu'on l'examina, on ne trouva aucun signe de fracture ni de luxation, et l'on diagnostiqua une contusion. Ce malade fut pris dans la journée d'un délire nerveux, dont il mourut en sept heures. A l'autopsie, l'on trouva environ une cuillerée de sang dans l'articulation; la surface antérieure de la tête présentait une dépression antéro-postérieure, et sur un point le cartilage diarthrodial offrait une petite fissure d'où venait le sang épanché : une coupe pratiquée avec la scie permit de constater une fracture par écrasement du tissu spongieux de la tête humérale.

Note à propos d'un cas de décollement traumatique de l'épiphyse supérieure de l'humérus chez un enfant naissant, par M. Bitot. (Journal de mécine de Bordeaux; Gazette médicale, p. 361.)

La lésion portait sur l'épiphyse supérieure de l'humérus; des tractions violentes, combinées avec un mouvement de bascule sur le bras pendant l'accouchement, avaient opéré la divulsion épiphysaire. L'épaule n'était pas déformée, mais les mouvements spontanés étaient impossibles; il y avait de la douleur quand on faisait mouvoir le bras, et on percevait alors dans l'articulation scapulo-humérale un froissement particulier. L'enfant mourut au bout de douze jours.

Recherches nouvelles sur les fractures indirectes de l'extrémité inférieure du radius, par M. Lecomte. (Archives générales de médecine, décembre, p. 641.)

Ce mémoire, dont la publication a été à peine commencée en 1860, sera analysé dans notre prochain volume.

Fracture du radius ; déformation remarquable de la partie inférieure de l'avant-bras, par M. Busch. (Union médicale, t. V, p. 427.)

Le radius était fracturé à un pouce au-dessus de l'apophyse styloïde, obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. La force du choc avait enclavé le fragment supérieur entre l'inférieur et le cubitus, et ne s'était pas bornée à séparer ces deux os, mais avait probablement arraché des fragments du radius attachés au cubitus, et peut être fait sauter des esquilles de ce fragment supérieur. La fracture pénétrait là dans l'articulation, car cet endroit était extrêmement douloureux à la pression et aux mouvements imprimés à la main ; néanmoins, la majeure partie de la surface articulaire du radius paraissait intacte. — La partie inférieure de l'avant-bras était élargie ; il y avait une subluxation apparente de la main. La réduction a été très-difficile ; la guérison a été obtenue. L'avant-bras est resté un peu élargi à son extrémité inférieure.

Fracture pénétrante du radius, par M. Pastor. (Siglo medico, n° 341 ; Union médicale, t. VIII, p. 492.)

Un homme de vingt-huit ans, scrofuleux, fut jeté violemment à bas de son cheval, en se garant du sol de la main gauche. Douleur violente et craquement dans le poignet, commotion générale, vomissements, sueurs froides, syncope. Un peu de tuméfaction dans les deux tiers inférieurs de l'avant-bras, le carpe, la main et les doigts : dépression notable apparente à la partie inférieure et externe du radius, et surtout au toucher, en parcourant de haut en bas le bord de l'os. Solution de continuité correspondant à cette dépression, suivie d'une éminence circulaire très-douloureuse à la pression. La main était dans une abduction permanente et forcée, et la distance de la dépression à l'éminence thénar, était beaucoup moindre que celle de la portion correspondante du cubitus à l'éminence hypothénar. De même, la longueur du radius était d'un pouce moindre que celle du cubitus, et une convexité très-notable s'observait à l'extrémité inférieure du cubitus ; absence de crépitation et de phénomènes généraux. La réduction fut facile, et l'application d'un bandage amidonné amena une consolidation parfaite, après six semaines environ.

Des fractures du radius et du rôle physiologique et pathologique du ligament interosseux de l'avant-bras, par M. Lopes. (Thèses de Paris, n° 144.)

L'auteur décrit avec le plus grand soin le ligament interosseux, auquel il fait jouer un rôle dans la fracture du radius, ainsi qu'on peut le voir d'après les lignes suivantes : — Quand on fait une

chute sur la paume de la main, l'humérus reçoit l'impulsion du poids du corps, augmentée par la vitesse, et il la transmet au cubitus. Le cubitus la transmet, non au carpe, avec lequel il n'est pour ainsi dire pas articulé, mais par le moyen du ligament interosseux, l'impulsion se transmet au radius; celui-ci, à son tour, transmet cette impulsion au carpe, qui, à son tour, la transmet au sol, qui offre une résistance absolue. Dans le plus grand nombre des chutes, il n'y a point de fracture produite; mais, quand l'impulsion est très-violente, il peut se produire une fracture. Ce n'est pas le cubitus qui se fracture; sa partie supérieure est très-forte, et puis, cet os n'appuyant pas sur le carpe, il n'y a pas de résistance à sa partie inferieure qui puisse augmenter sa courbe ; le ligament interosseux tend même à redresser cette courbe en la tiraillant, et oppose un obstacle à sa fracture. C'est le ligament interosseux qui reçoit le choc porté sur le cubitus, et il le transmet au radius; celui-ci reçoit donc tout le choc qu'avait reçu le cubitus, et il peut se fracturer. Le radius ne se fracture ni dans son corps ni dans son extrémité supérieure, et voici pourquoi : L'extrémité supérieure du radius ne reçoit que peu ou point d'impulsion, c'est le corps du radius qui reçoit cette impulsion ; mais ce n'est qu'à son extrémité inférieure, là où le ligament interosseux a cessé d'exister, que le radius supporte l'*impulsion tout entière ;* aussi est-ce là qu'il doit se fracturer, quoique ce soit la partie *la plus forte* du radius. Nous pourrions ajouter encore que le corps du radius ne se fracture pas, parce que le ligament interosseux, fortement tendu, tiraille le corps du radius, redresse sa courbure et augmente sa résistance.

Décollement de l'épiphyse inférieure du radius, par M. Goyrand. (Gazette des hôpitaux, p. 494.)

Fracture du fémur. — Guérison sans raccourcissement, par M. Fabre. (Gazette des hôpitaux, p. 114.)

Il y avait en même temps issue du fragment supérieur. — Résection de ce fragment, régénération de l'os.

Fracture comminutive du fémur, par M. Picard. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 337.)

Chute de cinq pieds de haut. La partie supérieure du fémur a joué le rôle de coin, a pénétré la partie inferieure de l'os, et l'a fait éclater en cinq fragments. La mort n'est arrivée que quarante-six jours après l'accident, et le cal était à peine formé.

Fracture sus-condylienne de l'extrémité inférieure du fémur, par M. Ollivier. (Bulletins de la Société anatomique, 1860, p. 52.)

La fracture était multiple : il y en avait une transversale, à deux travers de doigt au-dessus des condyles ; puis une autre verticale, séparant les deux condyles et venant joindre la première solution de continuité.

Du traitement des fractures de cuisse, par M. Bergé. (Thèses de Strasbourg.)

Fracture du fémur à sa partie inférieure ; renversement du fragment inférieur en arrière dans le creux poplité ; consolidation après deux mois et demi de traitement, par M. Richet. (Société de chirurgie, 18 juillet.)

M. Richet a voulu faire constater la saillie que forme en arrière le fragment inférieur, déplacement qui avait été signalé par Boyer, et qui plus tard a été nié par M. Malgaigne. Il admet bien le renversement du fragment inférieur, lorsque la fracture siége à quelques centimètres au-dessus des condyles, comme dans un fait observé par M. Broca, parce que le fragment est alors très-court et rien ne l'empêche de basculer ; mais lorsque la fracture est plus haut, le fragment inférieur offre une longueur plus considérable, et alors l'artère, la veine, le nerf et l'aponévrose qu'il rencontre, l'empêchent de se porter en arrière, comme l'a dit Boyer. M. Richet fait remarquer, en terminant, qu'il a essayé par tous les moyens possibles à combattre cette saillie du fragment inférieur : tout a été inutile, rien n'a pu remédier à ce déplacement ; il en a été de même dans plusieurs autres faits qu'il a observés.

Plusieurs membres de la Société de chirurgie ont cité des exemples de ces fractures avec des déplacements divers. Il faut conclure de cette discussion que tous les déplacements sont possibles, et que ce qui commande le sens du déplacement des fragments, ce n'est pas l'action musculaire, mais bien l'obliquité de la fracture et la direction de la cause fracturante.

Consolidation apparente d'une fracture incomplète de la cuisse droite, observée chez un rachitique, le vingt-neuvième jour après l'accident, par M. Chalvet. (Bulletins de la Société anatomique, 1860, p. 309.)

Petite fille atteinte de rachitisme en voie de décroissance. Fracture de l'extrémité inférieure du fémur. Au vingt-troisième jour, le cal paraît être solide ; il est très-volumineux. L'enfant ayant succombé à la diphthérie, on constate que la consolidation ne s'est faite que par un cal provisoire, composé d'une virole

interne et d'une virole externe très-considérable ; mais la solution de continuité osseuse ne s'est pas réparée, il ne s'est fait entre les fragments aucune sécrétion unissante.

Nouvel appareil à extension continue, pour les fractures du fémur, par M. Prévault. (Tours, imprimerie Ladevèze ; in-8, 20 pages et planches.)

Des fractures transversales de la rotule et de leur traitement, par M. Morel-Lavallée. (Société de chirurgie, 18 février.)

M. Morel-Lavallée a présenté à la Société de chirurgie un malade sur lequel il a obtenu une consolidation osseuse d'une fracture de la rotule, à l'aide d'un appareil qui offre beaucoup d'analogie avec celui de Boyer, et dans lequel les lacs sont remplacés par des liens élastiques en caoutchouc. Ce résultat, M. Morel l'a obtenu dans un autre cas de fracture transversale de la rotule, et, dans deux autres cas, il a obtenu un rapprochement des fragments qui équivaut, dit-il, à une consolidation osseuse. — M. Richet, s'appuyant sur la mensuration de la rotule fracturée, qui dépasse l'autre de 2 centimètres et demi, et doutant qu'un cal osseux de la rotule puisse avoir plus de 2 centimètres, pense que le malade de M. Morel a plutôt un cal fibreux très-dur qu'un cal osseux. — Pour M. Morel-Lavallée, l'allongement de la rotule n'est pas aussi grand que le croit M. Richet. Cette augmentation de longueur est en partie apparente et tient à un engorgement dur des parties molles, ainsi que cela est rendu probable par une certaine augmentation qui s'est faite aussi dans le sens de la largeur de la rotule. D'ailleurs, tous les efforts auxquels on se livre pour faire mouvoir les fragments l'un sur l'autre, restent inutiles ; ce qui n'aurait pas lieu avec un cal fibreux. M. Larrey a fourni encore à M. Morel-Lavallée un nouvel argument, en déclarant qu'il avait rencontré plusieurs fois une hypertrophie notable des rotules qui avaient été fracturées. Dans un cas entre autres, où la rotule avait été brisée en trois fragments, chaque fragment avait presque acquis les dimensions de la rotule du côté opposé.

Les idées de M. Morel-Lavallée ont été développées dans la Gazette des hôpitaux, p. 413 et 418.

Rupture transversale de la rotule par action musculaire, par M. Jobert. (Gazette des hôpitaux, p. 249.)

Appareil à extension horizontale. — Guérison en six semaines.

Fracture transversale de la rotule droite. — Guérison obtenue par les

griffes de M. Malgaigne, par M. Damideaux. (Gazette des hôpitaux, p. 482.)

Différents bandages, employés par l'auteur, n'avaient pu donner et maintenir une coaptation satisfaisante.

Fracture transversale de la rotule guérie sans traitement, par M. Rizet. (Gazette médicale, p. 427.)

Chute sur le pavé. Le genou gauche, qui avait porté sur le sol, devint le siége d'une vive douleur. Le blessé regagna sa chambre et resta vingt-quatre heures au lit. Le surlendemain, il reprenait son service de cavalier ; il n'a pas cessé de monter à cheval, bien qu'il en fût incommodé. Longtemps après, on constata une fracture transversale de la rotule gauche, à fragment supérieur double de l'inférieur. Entre les deux fragments existe un intervalle de 3 centimètres, comblé par une substance fibreuse. On peut faire jouer la rotule dans tous les sens sur la cavité articulaire, et s'assurer qu'elle n'a pas contracté d'adhérence avec les parties qui l'entourent. Les seuls inconvénients causés par l'accident, étaient un peu de gêne après les manœuvres prolongées et une certaine difficulté à presser son cheval avec la jambe gauche. — En présence de ce fait, M. Rizet se demande si les appareils si nombreux, si variés, inventés pour guérir les fractures de la rotule, ne doivent pas céder la place à un simple bandage roulé joint à l'extension du membre.

Fracture ancienne de la rotule ; récidive, sans aucun traitement ; intégrité parfaite des fonctions du membre quinze ans après, par M. Desormeaux. (Société de chirurgie, novembre.)

Fracture compliquée de la jambe ; fausse articulation. — Séton, par M. Jobert. (Académie des sciences, 16 avril.)

La fracture avait été traitée sans succès pendant plus de quatre mois, par les moyens les plus appropriés. Un séton fut alors glissé entre deux surfaces opposées de fragments. — Je ne dirai rien du mode opératoire, si ce n'est que la mèche à séton fut mise en contact avec le périoste, sans toucher aux extrémités osseuses. Le séton demeura en place pendant dix jours, et la suppuration se tarit six jours après son extraction. — Vingt-cinq jours après, la mobilité était obscure entre les fragments, et à la fin du mois il n'y en avait plus de trace. — A cette époque, le malade levait le membre et marchait. — Evidemment, il n'y a eu aucune exfoliation, aucune nécrose à la suite de l'application du séton, et nécessairement le cal s'est formé sous l'influence d'une excitation du périoste, source évidente, en pareille circonstance,

de toute cicatrisation osseuse, comme l'a démontré M. Flourens. — Il ne s'agit pas ici, par conséquent, d'un cal secondaire, qui est le résultat de la formation de bourgeons survenus à la suite d'une nécrose superficielle des fragments, mais bien d'une cicatrice qui reconnaît pour origine le dépôt d'un produit fourni par la membrane d'enveloppe des os, à laquelle est dévolue la faculté de les reproduire et de les régénérer. — La durée du traitement a été bien différente de celle des malades chez lesquels j'ai fait l'application du séton, en le plaçant entre les surfaces des extrémités des fragments, et on le comprendra facilement si on réfléchit que, dans le fait dont il vient d'être question, le périoste seul a fourni les moyens de cicatrisation, tandis que dans les autres cas il y a eu nécrose et bourgeonnement des bouts de l'os.

Fractures multiples du membre inférieur gauche, par M. Servien. (Société de chirurgie, 9 mai.)

En outre, il y avait à droite luxation de l'astragale. — Extraction. — Mort.

Fracture compliquée de la jambe et des malléoles, par M. Larrey. (Société de chirurgie, 21 novembre.)

C'est en se laissant glisser d'une hauteur assez considérable, que cet homme s'est fracturé la jambe (fracture en V) ; les malléoles étaient écrasées; il y avait issue des fragments. Amputation et guérison.

Fracture de jambe traitée par la pointe métallique de M. Malgaigne, par M. Guéniot. (Bulletins de la Société anatomique, 1860, p. 206.)

La pointe métallique était appliquée depuis une vingtaine de jours ; elle maintenait la fracture, qu'aucun appareil n'avait pu maintenir, et elle n'avait produit aucune lésion, lorsque le malade a été pris de pneumonie et a succombé quelques jours après. A cause de mouvements intempestifs, la pointe est devenue vacillante dans les derniers temps, et il y a eu une légère érosion de la peau et un peu d'épaississement du périoste au point comprimé par la pointe. — La fracture du tibia était en V ; l'une des deux branches était antérieure, et l'autre postérieure.

Quelques mots sur le traitement des fractures de la jambe par les appareils hémipériphériques en plâtre combinés avec la suspension, par M. Bernard. (Thèses de Paris, n° 104.)

Fracture des deux malléoles, par M. Chalvet.
(Bulletins de la Société anatomique, 1859, p. 341.)

Six cas de courbure angulaire congénitale de la jambe, par M. Blasius.
(Union médicale, t. V, p. 287.)

Dans les six cas, il existait en même temps que la courbure angulaire une difformité du pied correspondant, dont la naissance a dû coïncider avec une période de la grossesse, où une fracture par violence extérieure était impossible. Dans deux cas, il y avait absence du péroné, et, dans un autre, celle de la partie inférieure du tibia. Dans les cas dans lesquels les enfants pouvaient être suivis pendant quelques années, le membre restait moins développé en longueur et en épaisseur que son congénère, quoique par l'application d'appareils prothétiques, les enfants s'en fussent servis aussi bien que de l'autre. Enfin, dans un seul cas, une lésion mécanique avait agi sur le ventre de la mère pendant la gestation; dans un second, un traumatisme analogue a été accusé par la femme, mais doit être mis en doute, et, dans les quatre autres, rien de semblable n'a eu lieu. — Les solutions de continuité osseuses congénitales et non traumatiques ont pour point de départ un défaut d'ossification.

Des fractures du calcanéum, par M. Legouest.
(Archives générales de médecine, août, p. 148.)

M. Legouest rapporte trois observations de ces fractures, deux par écrasement et une autre qui a été produite, d'après M. Legouest, par la flexion exagérée du pied. — Ce mécanisme n'est pas aussi différent qu'il pourrait sembler d'abord de celui des fractures par écrasement. M. Legouest développe, à cet égard, des considérations intéressantes dont voici un aperçu : — La direction générale de ces fractures est antéro-postérieure; l'os semble avoir été fendu tout d'abord, dans sa longueur, en deux fragments principaux : l'écartement latéral des fragments est toujours plus considérable en avant qu'en arrière. C'est par la fente verticale que la fracture débute ; elle se complète et se multiplie ensuite, en donnant lieu à un plus ou moins grand nombre de fragments, qui tous appartiennent à la partie antérieure du calcanéum. Voici comment ces faits s'expliquent : — Dans les chutes sur la plante des pieds reposant à plat, le poids du corps, transmis tout entier à l'astragale, tend à chasser cet os en avant, à enfoncer sa tête dans la plante du pied, et à effacer la voûte plantaire. Le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur, ligament des plus solides, résiste à la pression qu'exerce sur lui l'astragale. Deux choses peuvent alors arriver : ou bien la petite apophyse articulaire interne du calcanéum se fracturera, ou bien

l'astragale se luxera plus ou moins en dedans sur le scaphoïde. Ces deux accidents amènent infailliblement le même résultat, c'est-à-dire la fracture par éclatement à la partie antérieure du calcanéum. — Dans les deux cas, l'astragale descend en avant sur le calcanéum : l'extrémité externe de sa grande facette articulaire, représentant le sommet très-solide d'une pyramide triangulaire, vient s'enfoncer dans la dépression située immédiatement au-dessous de la grande facette articulaire du calcanéum ; celui-ci éclate en deux fragments latéraux, comme un morceau de bois sous un coin. L'éclatement du calcanéum est favorisé par l'action, sur la partie externe et postérieure de sa grande facette articulaire, du bord postérieur de l'astragale. Si la violence n'est pas épuisée, l'astragale continue à s'enfoncer à travers le calcanéum, en écrase la partie antérieure, qu'il réduit en fragments plus ou moins nombreux, et reste interposé au milieu d'eux. — Lorsque la fracture est produite par la flexion forcée du pied avec abduction, le mécanisme est à peu près le même ; l'astragale se trouve, en effet, ici encore comprimé entre le scaphoïde, d'une part, le tibia et le calcanéum de l'autre. — Conformément à ce qui précède, M. Legouest croit que la symptomatologie des fractures du calcanéum, telle qu'elle est admise généralement, doit être réformée sur deux points. — Le diamètre transverse du pied au-dessous des malléoles augmente, non pas en raison de l'écrasement du calcanéum, mais en raison de l'écartement des fragments latéraux par l'interposition de l'astragale. Les saillies anormales, existant immédiatement au-dessous et en avant des malléoles, sont dues : l'interne, à la tête de l'astragale et aux fragments toujours multiples de la petite apophyse et de la partie interne de la grande ; l'externe, au fragment externe de la grande apophyse. Celui-ci peut venir au contact de la malléole péronière, et passer en dehors et au-dessus d'elle. Cette disposition, jointe à la crépitation, plus manifeste en ce lieu que partout ailleurs, a pu faire croire à une fracture du péroné. — Comme dernière conséquence du mécanisme des fractures du calcanéum, M. Legouest pense, contrairement à l'opinion générale, que leur réduction peut être pratiquée sans inconvénients, et peut être obtenue assez souvent dans une mesure suffisante pour être efficace et abréger le traitement. Voici comment il conseille de procéder : — « Un aide fixerait la jambe, tandis que le chirurgien, embrassant d'une main la plante du pied, appuierait les doigts d'un côté, le pouce de l'autre, au-dessous des malléoles, pratiquerait une vigoureuse traction suivant l'axe de la jambe, rapprocherait les fragments, et de l'autre main porterait le pied dans l'abduction forcée, afin de dégager l'apophyse articulaire externe de l'astragale. Peut-être, dans certains cas, conviendrait-il de presser de haut en bas et de dedans en dehors sur l'astra-

gale, avec un fort poinçon traversant les parties molles, tandis que de la main restée libre on refoulerait les fragments sous la plante du pied porté dans l'abduction. L'extension pratiquée sur la partie antérieure du pied ou sur la partie postérieure du calcanéum, ne peut avoir que des résultats désavantageux. — Des compresses graduées remplaceraient les doigts des chirurgiens au-dessous des malléoles, et seraient maintenues par un bandage en 8 de chiffre. Les anses de ce bandage, embrassant successivement le pied depuis la racine des orteils jusqu'au-dessus des malléoles, assureraient la position perpendiculaire du pied sur la jambe et la coaptation des fragments. Le membre inférieur, à demi fléchi, reposerait sur le côté externe, et serait soumis aux irrigations continues. »

De l'entorse et de son traitement par le massage, par **M. Razin.** (Thèses de Paris, n° 178.)

L'auteur cite plusieurs observations, desquelles il conclut que le massage par frictions facilite la résorption du gonflement, diminue la douleur et hâte la guérison. L'auteur ne pense pas que la pratique du massage puisse être dangereuse.

Du massage dans l'entorse, par M. Elleaume. (Gazette des hôpitaux, p. 11.)

A la suite de la lecture d'un travail de M. Elleaume (Voir l'*Annuaire*, t. III, p. 380), il s'est engagé une discussion sur ce sujet. M. Elleaume pense que l'on doit dans tous les cas pratiquer le massage, qui aura toujours pour le moins l'effet de faire disparaître le gonflement. — M. Guersant (p. 110) est d'avis qu'il faudrait s'abstenir du massage, dans le cas où l'on pourrait soupçonner une fracture.

Essai sur l'histoire pathologique des luxations, par M. Descolis. (Thèses de Montpellier, n° 29.)

Etude sur l'histoire et le mécanisme des luxations du maxillaire inférieur, par M. Lacour. (Thèses de Paris, n° 242.)

L'auteur veut prouver que, dès le seizième siècle, Fabrice d'Aquapendente connaissait bien les luxations du maxillaire inférieur; qu'il en avait nettement saisi la cause : la sortie de l'apophyse coronoïde au dehors de la fosse zygomatique, et de là impossibilité de réduction, et qu'il en avait nettement formulé

la première, sinon l'unique indication, qui est le dégagement de l'apophyse.

Luxation bilatérale de la mâchoire inférieure, par M. Bauchet. (Moniteur des sciences médicales, p. 290.)

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. La luxation a été produite par la contraction musculaire, pendant une attaque convulsive, probablement épileptique : elle datait de trois semaines au moment où le malade est entré à l'hôpital ; elle avait été méconnue, et sa réduction a offert quelque difficulté. — Les condyles du maxillaire inférieur étaient maintenus dans leur position anormale par le bec de l'apophyse coronoïde, qui, surtout à gauche, était accroché au bord inférieur de l'os malaire, par la contraction des muscles masséters et temporaux, et aussi par le rebord postérieur des condyles, qui avait glissé jusqu'au bord antérieur de la racine transverse de l'arcade zygomatique. — Pour obtenir la réduction, M. Bauchet a introduit, sur les grosses molaires de la mâchoire inférieure, les deux pouces garnis de compresses ; il a ensuite saisi fortement, aussi près que possible des deux angles, les branches horizontales du maxillaire inférieur. Après deux ou trois tentatives énergiques, les condyles se sont abaissés, et le menton a pu être refoulé en arrière.

Des luxations traumatiques bilatérales des cinq dernières vertèbres cervicales, par M. Perrot. (Thèses de Paris, nº 22.)

Luxation de l'épaule sous-scapulaire (Velpeau) ; *sous-coracoïdienne* (Malgaigne), par M. Richet. ((Société de chirurgie, 25 avril.)

Homme de soixante ans ; chute sur l'épaule. — Luxation sous-coracoïdienne incomplète ; le col anatomique de l'humérus doit être placé sur le rebord de la cavité glénoïde, disposition qui rendra la réduction difficile. Elle avait été méconnue, et ce n'est que le quatre-vingt-dix-septième jour après l'accident que, le malade étant sous l'influence du chloroforme, on opère l'extension au moyen des moufles, en graduant aussi lentement que possible la force des tractions. A 185 degrés du dynanomètre de Charrière, on entend un léger craquement, et la tête descend : la coaptation est facile. — Le bras est placé dans une écharpe, le coude fléchi, la main appliquée sur l'épaule du côté opposé. — Huit jours après, les deux épaules sont exactement semblables, mais la tête humérale du côté malade paraît plus saillante en avant, résultat déjà constaté chez quelques autres opérés.

Luxation sous-coracoïdienne, par M. Barbosa. (Gazeta medica de Lisboa, n° 7; Union médicale, t. VI, p. 237.)

Cette luxation était complète ; elle datait de vingt-huit jours : réduction au moyen du chloroforme.

Observation de luxation du coude en avant sans fracture de l'olécrâne, par M. Secrestan. (Gazette des hôpitaux, p. 598.)

Enfant. Chute sur le coude, l'avant-bras dans la flexion. La chute s'était faite sur un sol très-mou. Pour obtenir la réduction, M. Secrestan fit mettre les parties luxées dans les mêmes rapports qu'elles avaient pendant le déplacement. — Au bout de vingt-cinq jours, le membre avait récupéré ses fonctions.

Luxation anormale du coude en arrière et en dehors, avec flexion de l'avant bras sur son côté externe, par M. Morel-Lavallée. (Société de chirurgie, 11 avril.)

Femme de trente-six ans ; chute d'un deuxième étage ; mort six heures après l'accident. — A l'autopsie, on a trouvé une fracture du poignet, offrant un talon de fourchette très-prononcé, une fracture de l'humérus en V, et, en outre, une luxation du coude, qui est la partie importante de la communication. — L'avant-bras est dévié et *fléchi* (presque à angle droit) *sur son côté externe*, de façon qu'on sent le sommet de l'olécrâne affleurant l'épitrochlée au côté interne de l'articulation. La poulie humérale répond non pas dans l'axe de l'avant-bras, au pli du coude, mais au côté interne de cette articulation, côté avec lequel la surface transversale articulaire tend à devenir parallèle ; elle est située sensiblement sur le même plan que le côté interne du cubitus. La peau offre une plaie arrondie, de 1 centimètre de diamètre, sur le bord interne de la poulie. La surface articulaire de l'humérus fait saillie à travers les muscles épitrochléens déchirés, et n'a plus, au-devant d'elle, que les quatre branches du *nerf cutané interne*. Le *nerf médian*, l'*artère humérale*, d'ailleurs intacts, sont comme luxés en dehors de cette extrémité, ainsi que les muscles biceps et brachial antérieur, légèrement déchiré à son côté interne, rejetés tous quatre au côté externe de l'épicondyle, rangés, en procédant de dedans en dehors, dans l'ordre suivant : 1° nerf médian ; 2° artère ; 3° brachial antérieur ; 4° tendon du biceps. Les ligaments antérieur et interne sont complétement déchirés ; la portion du ligament externe qui s'insère au ligament annulaire est conservée presque intégralement. L'apophyse coronoïde est logée dans la cavité olécrânienne ; fractures multipliées de l'épitrochlée, qui est comme broyée. Le *nerf cubital* est logé en arrière de la gorge de la poulie, et est,

d'ailleurs, intact. La cupule du radius s'appuie sur le côté externe, elle est un peu en arrière de la crête osseuse qui surmonte l'épicondyle ; cette cupule radiale a son bord antérieur externe fracturé en trois petits fragments, le radius se trouve ainsi fracturé à ses deux extrémités. L'avant-bras jouissait d'une assez grande mobilité ; de plus, un épanchement de sang sous-cutané occupe le côté interne de l'articulation.

Variété rare de luxation du coude, par M. Delore. (Montpellier médical, t. V, p. 238.)

Recherches sur la luxation traumatique complète de l'extrémité supérieure du radius en arrière, par M. Fredet. (Thèses de Paris, n° 181.)

La luxation traumatique complète de la tête radiale a été connue et indiquée par Hippocrate ; — on ne la rencontre jamais que chez les enfants. — La disposition anatomique de l'articulation du coude pendant les premières années de la vie explique sa prédilection pour le jeune âge. — Elle est toujours le résultat d'une violence extérieure. — La théorie de l'élongation est insoutenable. — La pronation forcée de la main, combinée avec un mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras, est une condition indispensable pour la production de cet accident. — Les symptômes sont : déformation du membre, gêne des mouvements, changement de position éprouvé par la tête radiale. — Le diagnostic repose tout entier sur la présence de la tête du radius, en arrière du condyle huméral. — Le pronostic n'est jamais grave. — Le procédé de réduction le plus rationnel consiste à repousser d'arrière en avant la tête du radius, en même temps qu'un aide porte l'avant-bras dans la supination et dans l'extension, c'est-à-dire à faire une opération tout à fait inverse de celle qui a produit le déplacement.

Luxation du radius, par M. Guyon. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 350.)

Pièce anatomique trouvée sur un cadavre ; c'était une luxation complète du radius en arrière, très-ancienne, avec élongation de la capsule et intégrité du ligament.

Luxation de l'articulation radio-carpienne, par M. Duigan. (Med. times and gaz. ; Gazette médicale, p. 100.)

Observations et remarques pour servir à l'histoire des luxations métacarpo-phalangiennes des doigts, par M. Ancelet. (Gazette des hôpitaux, p. 3.)

Trois observations et des remarques ainsi résumées : — Les

doigts peuvent tous se luxer en tous sens dans leur articulation métacarpo-phalangienne ; — Saillie de l'extrémité supérieure de la première phalange à la face palmaire, renversement du doigt en arrière, flexion des phalanges les unes sur les autres, tels sont les signes de la luxation en avant ; saillie de l'extrémité de la première phalange à la face dorsale, renversement du doigt en avant, extension des phalanges, voilà pour la luxation en arrière. — Dans la plupart des cas, la réduction s'obtient sans trop de difficultés par les moyens ordinaires, et la guérison complète suit assez rapidement ; quelquefois aussi surgissent des difficultés insurmontables.

Luxation complète du pouce en arrière, par M. Alix. (Moniteur des sciences médicales, p. 760.)

Voici comment la réduction a été opérée. — Je bassinai, dit l'auteur, toute l'éminence thénar avec une boulette de coton imbibée de chloroforme. Je pris les doigts du malade dans ma main gauche, et, de la main droite, je m'emparai du pouce luxé de la manière suivante : je saisis la phalange luxée aussi près que possible de son extrémité métacarpienne, entre mon pouce appliqué à sa face palmaire parallèlement, et la seconde phalange de l'index appliquée transversalement à sa face dorsale : les autres doigts achevaient d'envelopper et de saisir le pouce luxé. Alors, par un simple mouvement de la main, j'opérai à la fois et simultanément un renversement du pouce luxé en arrière, et une pression d'arrière en avant sur son extrémité métacarpienne. Par un second mouvement en sens inverse, il put être entièrement fléchi. La luxation était réduite.

Tube d'osier applicable à la réduction des luxations des doigts, par M. Lister. (Edinburgh med. journ. ; Gazette médicale, p. 116.)

C'est un tube d'osier, apporté du Canada, construit de telle façon qu'en le tirant on diminue son calibre, et, par conséquent, qu'il serre d'autant plus étroitement le corps qu'il renferme. D'après cela, il pourrait être appliqué à la réduction des luxations des plus petites jointures.

Luxation de l'indicateur, par M. Bonhomme. (Union médicale, t. V, p. 572.)

Une femme était occupée à déboucher des bouteilles avec ses doigts. Se trouvant après une bouteille dont le bouchon était enfoncé peu profondément, mais solidement, elle faisait, à l'aide de la main, de grands efforts de traction, lorsqu'elle sentit son doigt craquer. — Elle avait une luxation en avant : le doigt in-

dicateur, fléchi, était raccourci d'un bon centimètre environ; il n'était pas difficile de sentir en arrière une grande partie de la tête du métacarpien. En avant, la saillie de la phalange était peu appréciable; mais il faut dire que le sujet avait la main très-charnue et très-grasse, et que, de plus, il y avait du gonflement. Les mouvements communiqués étaient très-douloureux. — *Réduction* : Je fis, dit l'auteur, tenir par un aide le bras et l'avant-bras de cette femme: de la main droite, je saisis le poignet; de l'autre, prenant le doigt luxé entre mes doigts et le renversant en arrière, le pouce appliqué en dessus sur la tête du métacarpien, je tirai fortement. Aussitôt un premier craquement, bientôt suivi d'un second, beaucoup plus fort, se fit entendre. Alors la main avait repris son aspect normal, les mouvements actifs étaient revenus, la réduction était complète. Cette petite opération se fit sans difficulté.

Deux cas de luxation traumatique du fémur, par M. Farre.
(Gazette des hôpitaux, p. 601.)

Luxation sous-cotyloïdienne antérieure.—Réduction, par M. Letenneur.
(Gazette des hôpitaux, p. 335.)

Luxation congénitale du fémur, par M. Bouvier.
(Société de chirurgie, 3 octobre.)

Enfant âgé de neuf ans et demi. Luxation du fémur des deux côtés. L'enfant a boité dès qu'il a commencé à marcher; il a succombé à une tuberculisation généralisée.—M. Bouvier voulut, avant de disséquer les articulations coxo-fémorales, faire des efforts de réduction en exerçant une traction sur chaque membre; il fut impossible de déplacer le fémur, et lorsque la dissection eut été achevée, c'est tout au plus si l'on put faire descendre la tête d'un demi-millimètre. — Si l'on porte le membre dans une flexion exagérée de la cuisse sur le bassin, l'effort produit quelque déchirure; et en portant le membre dans une adduction forcée, on relâche la partie interne de la capsule, la tête subit un léger déplacement, mais revient immédiatement à la place qu'elle occupait primitivement. Lorsque la tête se déplace pendant la flexion et l'adduction, elle vient s'appuyer sur le bord de la cavité cotyloïde, tandis qu'à l'état de repos elle est placée derrière ce bord. Elle n'est point en contact avec l'os iliaque, et est coiffée par la capsule qui s'est allongée; celle-ci présente à l'extérieur une bande fibreuse, une sorte de dédoublement qui, s'insérant au delà de la nouvelle cavité, attache la tête à l'os iliaque. Si l'on ouvre l'articulation, on trouve la cavité cotyloïde et le ligament rond qui est allongé, mais intact; dans quelques luxa-

tions il manque, et c'est ce qui a lieu surtout lorsque la tête s'est beaucoup éloignée de la cavité cotyloïde. Celle-ci est triangulaire, déformée, elle est devenue incapable de loger la tête du fémur qui, elle-même, est aussi aplatie, déprimée, mais dont le volume n'est plus en rapport avec la capacité de la cavité cotyloïde. — Il est bien probable que ces luxations étaient congénitales. M. Bouvier pense qu'il y a eu d'abord hydarthrose de l'articulation coxo-fémorale, que l'épanchement a distendu, puis allongé la capsule ; la tête a été alors chassée de la cavité cotyloïde, qui plus tard a été rétrécie. — M. Verneuil, chez un enfant nouveau-né, a trouvé la capsule pleine de pus : la lésion datait des derniers temps de la vie intra-utérine.

M. Bouvier croit, d'après cette pièce, que la réduction de ces luxations est impossible.

Luxation du pied avec esquilles ; fracture du péroné ; guérison. — Luxation du pied avec complication ; fracture du péroné, amputation de la jambe au lieu d'élection, par M. Quesnoy. (Société de chirurgie, 13 juin.)

L'auteur a lu deux observations. Nous n'en avons pas trouvé les détails dans les journaux.

Luxation complète du pied gauche, par M. Longy. (Union médicale, p. 140.)

Les téguments étaient largement déchirés ; réduction et irrigations d'eau froide ; symptômes de résorption purulente ; guérison.

Luxation de l'astragale, compliquée de déchirure des téguments et de fracture de la malléole externe, par M. Mirault. (Société de chirurgie, 13 juin.)

Homme de quarante-quatre ans ; chute d'un lieu élevé. — L'astragale fut luxé ; le péroné, fracturé au-dessus de la malléole, et les téguments furent déchirés dans l'étendue de 10 lignes au-dessous de la malléole interne. — Cette luxation ne fut pas réduite ; un bandage fut appliqué et renouvelé au bout de vingt-six jours seulement. Le pied était très-gonflé ; des abcès s'étaient formés. L'amputation fut d'abord jugée nécessaire ; mais on trouva, après un nouveau délai, que l'astragale était mobile, et on résolut de l'enlever. — M. Mirault agrandit par une incision cruciale l'ouverture de la peau, dans laquelle s'était engagée la tête de l'astragale, et, par la dissection des quatre lambeaux, cet os fut mis à découvert dans une grande étendue. Alors en explorant avec le doigt, il trouva, contre son attente, que c'était la

face inférieure de l'astragale et non sa poulie articulaire qui se présentait du côté interne de l'articulation. L'extraction de cet os ne fut pas difficile, attendu que les trousseaux ligamenteux qui l'unissent normalement au calcanéum s'étaient rompus dans la chute. Toutefois, au moment où l'on achevait de séparer l'os en arrière, l'artère tibiale postérieure fut divisée ; elle fut aussitôt liée à l'aide d'une aiguille courbe. — L'astragale extrait, on procéda à la réduction du pied. Il fallut employer de grands efforts, qui causèrent de vives douleurs ; encore ne parvint-on pas à ramener complétement le pied dans la direction de la jambe. Les tissus indurés, et surtout les muscles péroniers rétractés, opposèrent une grande résistance. La malléole externe, dont la fracture était encore mal consolidée, se laissa briser facilement et fut ramenée à sa place. Cette manœuvre n'avait pu s'exécuter sans qu'il s'ensuivît une déchirure des téguments au niveau de l'angle rentrant, formé en dehors par la jambe et le pied dévié. Cette nouvelle plaie, de 10 lignes d'étendue environ, laissait voir les tendons des deux péroniers latéraux fortement tendus. Après avoir rempli de charpie le vide laissé par l'astragale, on appliqua une attelle externe et un coussin de balles d'avoine, qui, replié sur lui-même à son extrémité inférieure, poussait le pied de dehors en dedans et tendait à le redresser. Enfin, le membre fut soumis à l'irrigation continue, moyens qui furent continués jusqu'au 3 septembre, c'est-à-dire pendant vingt-cinq jours. — Plus tard, reconnaissant que les appareils étaient insuffisants pour réintégrer le pied dans sa rectitude naturelle, l'on fit la section des deux tendons des péroniers ; à partir de cette époque, il devint facile, tant par des manipulations que par le pansement, de faire disparaître l'attitude vicieuse du pied. — Les plaies se cicatrisèrent, et le malade peut se servir de son pied, bien que les mouvements en soient bornés.

Essai sur les luxations de l'astragale, par M. Grénier. (Thèses de Paris, nº 138.)

Résection totale de l'astragale dans un cas de luxation sens dessus dessous et irréductible de l'os, par M. Servoin. (Société de chirurgie, 9 mai.)

M. Servoin donne lecture de cette observation et d'une autre ayant pour titre : Fractures multiples du membre inférieur. A droite, luxation de l'astragale. — Extraction. — Mort.

Ces deux observations ont été recueillies dans le service de M. Chassaignac, qui a émis les opinions suivantes.

Nouvelle espèce de luxation de l'astragale ; luxation sous-scaphoïdienne par rupture du ligament calcanéo-scaphoïdien et enclavement de

l'astragale entre le scaphoïde et le calcanéum, par M. Chassaignac, (Société de chirurgie, 16 mai.)

M. Chassaignac a vu depuis peu deux cas de luxation de l'astragale ; tous deux étaient des cas de luxation par inversion complète de l'os, et où la réduction fut impossible. — Chez l'un des malades, il crut avoir remis l'astragale à peu près en place ; mais la suppuration étant survenue et l'os ayant été extirpé, il put s'assurer qu'il n'en était rien. Chez l'autre, l'extirpation de l'os et d'une portion de la malléole interne, restée attachée à l'astragale, fut immédiate. — Dans les deux cas, il crut avoir quelque chance de remettre l'astragale en place, parce qu'il n'a pu diagnostiquer le renversement total de l'os. En effet, lorsque l'astragale est retourné de façon que sa face inférieure regarde en haut, et sa face supérieure en bas, le côté interne de l'os, dirigé en dehors, présente une surface qui, à travers les téguments, en impose pour la surface de la poulie elle-même, et fait supposer que l'astragale n'a fait qu'un quart de tour sur lui-même en dehors. — L'un des malades a succombé à une infiltration purulente de toute la jambe; l'autre survit depuis neuf mois, avec un pied inutile et entouré de nombreuses fistules. C'est pourquoi M. Chassaignac considère l'extirpation de l'astragale, dans les cas de luxation de cet os, comme une mauvaise opération, et pense qu'il vaut mieux recourir à l'amputation sus-malléolaire. — Si l'on devait pratiquer une amputation dans ces cas, il serait bien préférable de faire une désarticulation tibio-tarsienne, ainsi que l'a fait observer M. J. Roux (de Toulon). Les divers succès obtenus par lui et plusieurs autres chirurgiens de la marine, tels que MM. Arlaud et Reynaud, démontrent l'avantage de l'amputation tibio-tarsienne. Les malades qui ont subi cette opération peuvent marcher aisément à l'aide d'un simple brodequin à talon, pour corriger le raccourcissement du membre, tandis que l'amputation sus-malléolaire nécessite toujours l'usage d'un moyen de prothèse assez compliqué, et qui ne permet pas ordinairement au malade de marcher très-facilement. M. J. Roux pense donc qu'il faut pratiquer l'amputation sus-malléolaire seulement dans les cas où la désarticulation du pied est impossible. — C'est, du reste, l'opinion à laquelle M. Chassaignac s'est rangé. Lorsqu'il a parlé d'avoir recours à l'amputation sus-malléolaire, il a voulu seulement dire qu'il valait mieux faire une amputation que d'extirper l'astragale, ce qu'il regarde comme une mauvaise opération, mais il n'a pas entendu préciser l'amputation qui devait toujours être faite : en conseillant l'amputation sus-malléolaire, il avait en vue le malade, qui avait à la fois une luxation de l'astragale et une fracture de la malléole interne. Cette complication même ne serait pas,

pour M. J. Roux, un motif de renoncer à l'amputation tibio-tarsienne.

Luxation en haut du premier métatarsien, par M. Pellarin. (Union médicale, t. VI, p. 375.)

Petite fille de six ans ; chute sur les pieds. — On apercevait à la plante, au côté interne, une excavation marquée où le doigt se logeait facilement, tandis qu'il existait, au dos du pied, une saillie correspondante à la tête du premier métatarsien. — Pendant que le chirurgien retenait le coude-pied de la main gauche, et, de la main droite, tirait en avant et en bas le métatarsien, l'extrémité postérieure de ce dernier os rentra en place avec bruit, et la difformité disparut aussitôt. — Le lendemain, il existait un peu de gonflement et d'ecchymose à la partie interne du pied. La marche a été possible au bout d'une quinzaine de jours.

Luxation du deuxième métatarsien en haut et en arrière, par M. Brault. (Gazette médicale de Strasbourg, nº 6.)

Le pied avait été soumis à une courbure exagérée et avait été tordu ; le deuxième métatarsien faisait sur le cunéiforme une saillie de 15 millimètres environ. — Après diverses tentatives de réduction, M. Brault mit en œuvre le procédé suivant : — Après avoir matelassé la plante du pied, il passa comme un sous-pied une forte bande qu'il fixa à la pièce supérieure du tourniquet. Entre le pied et la pelote, il plaça un petit cylindre de bois dur, de 3 centimètres de haut, garni de charpie, qu'il appuya contre la tête de l'os luxé, dans une direction oblique d'arrière en avant, parallèle du reste à l'axe du tibia ; puis, faisant agir la crémaillère, il obtint une force assez puissante, aidée de la pression des doigts, pour ramener presque entièrement l'os à sa place. Il suffit alors d'une pression un peu forte, dans une direction perpendiculaire à l'axe du pied, pour obtenir la réduction complète. Le bandage contentif consista en une plaque de liége de 15 centimètres de haut, surmontée d'une compresse graduée et soutenue par une bande fortement appliquée contre une attelle plantaire solide, dépassant un peu le pied de chaque côté. Des fomentations d'eau blanche furent continuées jusqu'au 31 au matin. Alors la réduction s'étant maintenue et le gonflement ayant disparu, ce premier appareil fut remplacé par un appareil inamovible.

De la cure radicale des pieds bots, par M. Scoutetten. (Metz, in-8, 34 pages.)

M. Scoutetten donne la description de différentes variétés de

pied bot ; il croit qu'on peut arriver à la guérison, et qu'on a eu tort d'abandonner les sections de tendon. Ces sections donnent de beaux résultats, mais ils doivent être secondés par les soins consécutifs, auxquels l'auteur accorde une grande influence. Voici les préceptes qu'il pose : — Il faut, chaque jour, manier doucement le pied, en cherchant à le ramener à la direction normale. — Une compresse longuette, large de deux travers de doigt, sert à envelopper le pied ; l'extrémité supérieure doit être appliquée d'abord sur la malléole externe, puis on porte cette compresse à la partie interne ; le pied étant ainsi enveloppé et ramené en dehors, on applique la bande. — On doit réappliquer ce bandage tous les jours, en prenant grand soin d'éviter les plis ; sans cette précaution, le pied s'échauffe, la peau s'enflamme, s'ulcère même, les enfants souffrent, surtout pendant la nuit. — Lorsque plusieurs tendons doivent être inévitablement divisés, il vaut mieux faire successivement les opérations à plusieurs jours d'intervalle, que de les pratiquer toutes le même jour. — L'appareil de redressement doit être appliqué le deuxième jour seulement, afin de ne point déterminer des tiraillements qui, en s'ajoutant à l'irritation produite par la section du tendon, pourraient amener des accidents inflammatoires. Cet appareil est très-simple : il se compose d'une semelle en tôle recouverte d'une peau douce ; sur le bord de cette semelle se trouve une tige d'acier faisant ressort, et portant deux ou trois boutons destinés à donner attache aux courroies qui doivent fixer le pied. Cette semelle présente postérieurement un talon solide, mais rembourré et percé d'un trou pour permettre de s'assurer de la position du talon ; une tige en acier, avec charnière articulée à la hauteur de la cheville, s'adapte à la semelle en faisant angle droit avec elle. Cette tige est destinée à ramener le pied et à le maintenir fixé dans la position voulue pour le redressement. Cet appareil doit être gardé le jour et la nuit ; il ne fait point souffrir, lorsqu'il est bien appliqué et qu'on n'exerce pas une compression trop forte sur le pied. — Lorsque la consolidation du tendon divisé est achevée, que le membre est redressé, on fait confectionner des bottines avec des contre-forts solides portant une tige en fer, qui longe la jambe et s'adapte à la chaussure au-devant du talon. — Ces bottines doivent être portées durant plusieurs années, si on ne veut pas s'exposer à des déformations vicieuses de la jambe ou du pied.

Du pied bot équin, par M. Pinoul. (Thèses de Montpellier, n° 45.)

Ténotomie, par M. Jobert. (Gazette des hôpitaux, p. 325.)

Leçon de M. Jobert sur le pied bot et sur le traitement de cette affection par la ténotomie.

Affection musculaire congénitale, par M. Bouvier. (Société de chirurgie, 18 janvier.)

M. Bouvier rapporte l'observation d'un petit garçon, qui était né avec deux pieds bots varus et deux mains bots cubito-palmaires. Cet enfant a succombé à une pleuro-pneumonie ; on a pu, à l'autopsie, s'assurer qu'il n'y avait aucune lésion dans les centres nerveux, et que les muscles présentaient tous les degrés de la disparition de l'élément contractile des muscles.

Anomalie vasculaire ; deux pieds-bots et une hernie inguinale, par M. Pamard. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 110.)

M. Pamard a présenté le cadavre d'un nouveau-né, mort après trente-six heures. Il présente plusieurs anomalies : 1° Au lieu du canal artériel normal, on voit l'aorte descendante se continuer à plein calibre avec le canal artériel anormal. L'aorte ascendante fournit les vaisseaux du cou et de la tête, et se continue avec l'aorte descendante par un petit vaisseau seulement. — Cet enfant n'a jamais présenté de cyanose. — 2° On a noté une hernie scrotale ; le sac est formé par la tunique vaginale. Pas d'altération dans les centres nerveux ou dans les nerfs. — 3° Enfin, on trouve un double pied bot varus équin. — A ce propos, une courte discussion s'engage. M. Trélat fait remarquer que souvent on trouve en même temps que le pied bot d'autres anomalies, comme dans le cas présent. M. Dolbeau serait porté à admettre l'opinion de M. Broca sur l'étiologie des pieds bots ; il a souvent remarqué qu'il n'y a pas de régularité dans le travail d'ossification des os du tarse. On comprend comment l'ossification tardive d'un os, par rapport à un autre, amène la déformation par arrêt de développement. — M. Charrier a pu s'assurer que la douleur dans l'hypocondre droit éprouvée pendant la grossesse n'indiquait pas que l'enfant aurait un pied bot.

Pied bot varus, par M. Chalvet. (Bulletins de la Société anatomique, 1859, p. 304.)

Difformité congénitale de la main gauche et des deux pieds, par M. Launay. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 351.)

Considérations pratiques sur le pied creux valgus accidentel et son traitement par l'électrisation localisée, par M. Debout. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 13.)

Ce travail intéressant contient deux observations minutieusement relatées ; M. Debout insiste sur le fait de *pieds bots dus à la contracture d'un seul muscle*. La fréquence du pied creux

valgus semble même démontrer que, de même que parmi les muscles du cou, c'est le sterno-mastoïdien, puis le splénius, qui sont le plus souvent affectés; de même le triceps sural, puis le long péronier latéral, semblent être ceux des muscles du pied qui se contracturent le plus facilement. Quant à l'étiologie, on peut dire que cette contracture survient à la suite des affections convulsives, surtout la chorée, puis le rhumatisme articulaire aigu. Au point de vue de l'intervention de l'art, les faits produits mettent en lumière les bons effets de l'excitation électrique localisée dans le muscle antagoniste du muscle affecté, le jambier antérieur.

Remarques sur un cas de pied bot valgus guéri par le redressement forcé, suivi de l'emploi d'un bandage inamovible, par M. Bouvier. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 32.)

M. Bouvier, depuis trois ans, emploie le chloroforme, pour obtenir le redressement de certains pieds bots ; dès qu'on a pu, en annulant la douleur, mettre le pied dans une position convenable, on l'y maintient au moyen d'un appareil inamovible. — Une observation : Valgus simple accidentel. — Redressement forcé, — Appareil dextriné. — Guérison.

De ce fait, nous devons rapprocher le suivant.

Pied bot valgus accidentel guéri par l'immobilisation à l'aide d'un appareil plâtré, par M. Marjolin. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 82.)

Dans ce cas, on ne s'est pas servi de chloroforme, et on n'a pas fait de redressement forcé ; il est très-probable que l'immobilisation sera suffisante pour amener la guérison dans des circonstances analogues.

Varus du pied gauche datant d'un an, sur un sujet de vingt ans, guéri par l'électricité, par M. Colson. (Gazette hebdomadaire, p. 824.)

La maladie a été attribuée à de longues stations debout, les pieds étant dans l'eau froide. L'électricité a été employée avec l'appareil de Breton, au moyen de deux éponges mouillées, sur le côté externe de la jambe et du pied, pour faire contracter les muscles péroniers et le pédieux.

Remarques sur les pieds bots, à propos d'un valgus observé chez un fœtus abortif de trois mois et demi, par M. Robin. (Gazette des hôpitaux, p. 83.)

Le pied bot congénital est une anomalie du développement

des extrémités (cartilages, ligaments et muscles), qui, comme les autres anomalies, commence avant le moment où les muscles sont capables d'être atteints de contractures assez énergiques et assez durables pour entraîner les déformations qu'on observe déjà dans la première moitié de la vie intra-utérine. — Ces diverses lésions marchent d'une manière solidaire : ces troubles du développement s'accomplissent simultanément sur les cartilages, les ligaments et les muscles ; ils continuent de même après la naissance sans qu'on puisse encore dire positivement si ce trouble est primitif sur les uns par rapport aux autres ; les muscles deviennent de plus en plus tendus entre leurs points fixes, et la courbure se prononce de plus en plus avec le développement.— Toutefois, après la naissance, ceux des muscles qui restent absolument sans se contracter subissent (certains de leurs faisceaux du moins) des altérations correspondantes à celles des muscles placés dans de semblables conditions chez l'adulte. — Ainsi, les muscles des pieds bots sont des muscles arrêtés dans leur développement ; quelques-uns le sont d'une manière graduellement plus prononcée après la naissance qu'avant, par rapport à leurs congénères du côté sain. Les muscles des pieds bots ne sont donc pas des muscles *atrophiés*, dans le sens donné à ce mot, lorsqu'on l'applique à un organe qui, après avoir eu son volume normal, diminue graduellement jusqu'à disparition complète ou non ; ce sont des muscles qui grandissent moins, et dont, en outre, quelques-uns s'altèrent plus ou moins.

Extraction des corps étrangers articulaires, par M. Larrey.
(Société de chirurgie, 10 octobre.)

Il s'agit d'un chirurgien américain, qui a fait, il y a deux ans, l'extraction d'un cartilage mobile de l'articulation du genou. L'articulation s'est ankylosée à la suite de l'opération, et le malade a intenté un procès en dommages-intérêts.

Corps étranger de l'articulation fémoro-tibiale, par M. Granier.
(Union médicale, t. VII, p. 369.)

Incision sous-cutanée de la synoviale ; migration et extraction du corps étranger.

Corps étranger de l'articulation du genou, par M. Guéniot.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 176.)

Homme de vingt-deux ans ; opération faite d'après le procédé de M. Goyrand. — Le corps étranger a la forme d'un haricot ; il

est osseux et cartilagineux, et on pourrait croire que c'est un fragment détaché des parties voisines ; mais il est facile, en étudiant mieux la structure de ce corps, de s'assurer que c'est une production de nouvelle formation.

Nouvelles méthodes de traitement des maladies articulaires, par M. Bonnet. (Paris, J.-B. Baillière, 2e édition, in-8, XLIV-312 pages.)

Arthrite aiguë du coude, par M. Pihan.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 295.)

Cette arthrite existait chez un homme vigoureux, sans accidents morbides antérieurs; elle a reconnu pour cause une chute. Des abcès s'étant formés et le malade étant en proie à une fièvre quotidienne, on a pratiqué l'amputation du bras. — Diverses lésions articulaires, caractéristiques de l'arthrite.

De l'électrisation employée comme moyen résolutif dans les engorgements inflammatoires des articulations, par M. Beau. (Gazette des hôpitaux, p. 405.)

L'électricité est employée à l'aide des courants profonds, en appliquant les éponges sur la peau aux deux diamètres opposés de la région malade, de manière à diriger le courant à travers l'articulation.—Deux observations, dans lesquelles ce traitement a produit de bons effets.

M. Raciborski (p. 419) réclame la priorité de ce traitement, par lequel il a obtenu des succès.

Du traitement des tumeurs blanches scrofuleuses, par M. Barwell.
(Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 40.)

Ce chirurgien donne la préférence à la cautérisation transcurrente, dont il ne recherche nullement l'influence douloureuse, mais seulement l'influence modificatrice ; en pratiquant ces cautérisations assez superficiellement et parallèlement les unes aux autres, à une distance d'un pouce au moins, il a remarqué qu'il en résulte au pourtour de l'articulation une rétraction, qui a pour but d'en diminuer graduellement le volume. Si l'on ajoute à ce moyen la compression et l'immobilité dans les premiers temps, plus tard des mouvements ménagés dans la direction naturelle de l'articulation, on a l'ensemble des moyens employés par M. Barwell, et qui, comme on le voit, ne diffèrent pas beaucoup du traitement des chirurgiens français.

Appareil inamovible de M. Guersant dans le traitement des tumeurs blanches. (Société de médecine pratique, 6 octobre; Gazette des hôpitaux, p. 556.)

L'appareil employé par M. Guersant se compose de deux attelles, de coussins, d'un bandage de corps et de mouchoirs. Les deux attelles s'étendent du creux de l'aisselle jusqu'au delà de la plante du pied; elles présentent trois mortaises : l'une, dans laquelle on passe un bandage de corps qui enveloppe le bassin ; les deux autres, au niveau des genoux et des malléoles. Dans celles-ci, on passe des cravates qui maintiennent l'articulation du genou et du pied. Avec cet appareil, excessivement simple, on peut remuer le malade d'une seule pièce, sans provoquer la moindre douleur. Aussi l'applique-t-on dès le début de la maladie.

Coxalgie ancienne, avec luxation du fémur et trajet fistuleux. Emploi des injections iodées; guérison, par M. Dubreuil. (Presse médicale de Marseille; Gazette médicale, p. 379.)

L'iode injecté a eu, dans ce cas, une influence très-remarquable sur la santé générale. L'absorption s'est faite en quantité considérable et sans danger pour les voies digestives. — L'effet a paru si évident dès le début, qu'aucun autre moyen interne n'a été employé. Ce n'est qu'après cette heureuse modification de la constitution, que les effets locaux des injections iodées ont été sensibles. Alors, sous l'influence de cet agent puissant, la grave lésion osseuse a marché à la guérison, et les efforts persistants du médecin que le peu d'amélioration au début n'avait pas découragé, ont été couronnés de succès.

De la coxalgie, par M. Taquoy. (Thèses de Paris, nº 14.)

De la coxalgie au point de vue du diagnostic et du traitement, par M. Bonnes. (Thèses de Montpellier, nº 7.)

Maladies de la hanche, par M. Berne.
(Archives générales de médecine, juillet, p. 101.)

L'auteur a étudié la méthode de Bonnet ; il émet les opinions suivantes : — La méthode du redressement brusque, appliquée au traitement de la coxalgie chronique avec déviation et ankylose, peut fournir des succès nombreux quand on réalise l'opération dans des conditions favorables. — Dans les cas de coxalgies aiguës, le redressement doit toujours être employé ; à plus forte raison, le praticien devra chercher à maintenir la bonne position

quand la maladie ne se compliquera pas de déviation. — Dans les cas de coxalgies chroniques, l'opération est le plus souvent indiquée, si la mauvaise position ne s'accompagne pas d'abcès ou de trajets fistuleux. — Dans ces dernières conditions, les tentatives de redressement ne seront jamais faites qu'avec une réserve extrême ; le raisonnement et l'expérience en ont démontré tout le danger. — La méthode du redressement brusque a surtout pour résultat la restitution de la forme dans les articulations déviées ; elle permet rarement le rétablissement de la mobilité. — Si le chirurgien avait à sa disposition un moyen facile pour redresser peu à peu une déviation de la hanche sans faire souffrir les malades, nul doute qu'il ne fallût accepter cette manière de procéder.

Tumeur blanche du genou, par M. Chalvet.
(Bulletin de la Société anatomique, p. 277.)

Ostéomyélite suppurée du fémur. — Amputation de la cuisse. — Mort.

Traitement des pseudarthroses par l'autoplastie périostique, par M. Jordan. (Paris, Germ. Baillière, in-4, 48 pages et 3 planches.

M. Jordan expose le résultat de ses recherches ; il décrit avec détail l'opération qui se divise dans les sept temps suivants : 1° découvrir les fragments ; 2° dénuder les fragments ; 3° réséquer les deux bouts ; 4° rapprocher les fragments ; 5° coudre le périoste ; 6° rapprocher les parties molles ; 7° panser et appliquer un appareil. (Voir ci-dessus, p. 344).

De la scapulalgie et de la résection scapulo-humérale, envisagée au point de vue du traitement de la scapulalgie, par M. Péan. (Thèses de Paris, n° 76.)

M. Péan a fait une monographie de la scapulalgie, et il a ainsi comblé une lacune qui existait dans la science. Il étudie d'abord l'anatomie pathologique (altérations de la synoviale, des os, des cartilages, des parties molles extra-articulaires). — Les symptômes physiologiques sont la douleur, la gêne des mouvements, l'attitude du patient (l'épaule est abaissée) ; les signes physiques sont le gonflement ou la diminution du volume de l'épaule, des allongements et des raccourcissements apparents ou réels, la fluctuation, la crépitation. — M. Péan entre dans le détail du traitement de la scapulalgie par les antiphlogistiques, les révulsifs et divers appareils destinés à assurer l'immobilité

ou à rétablir les mouvements s'il y a ankylose. Mais, bien souvent, ces moyens sont insuffisants, et la lésion arrive à un degré tel, qu'il est nécessaire d'enlever les parties malades. L'auteur donne la préférence à la résection sur la désarticulation de l'épaule. Il examine longuement et avec un grand soin les différents procédés de résection ; il regarde comme remplissant le plus grand nombre d'indications le procédé de M. Nélaton. — M. Nélaton plonge le couteau à 1 centimètre en dedans et au-dessous de l'articulation acromio-claviculaire, suit la courbe antérieure du bord acromio-claviculaire et arrête l'instrument en arrière, au niveau de l'angle formé par l'acromion avec l'épine de l'omoplate. M. Nélaton a soin de pratiquer l'incision à 1 centimètre et demi plus bas que le rebord osseux ; et, pour mieux se rapprocher de la cavité glénoïde, il conseille de prolonger l'incision plutôt en arrière qu'en avant.

Résection de l'épaule, par MM. Fergusson et Solly.
(Union médicale, t. VI, p. 269.)

I. Femme de quarante-six ans ; affection très-étendue de l'épaule, datant de dix-huit ans ; nombreux abcès ; dénudation des os. — M. Fergusson se détermina à examiner plus complétement l'état de l'épaule ; la malade étant endormie, le chirurgien fit une incision verticale sur le côté externe de l'épaule, commençant juste au-dessus de l'acromion et descendant de haut en bas, jusqu'à une distance de quatre pouces environ. On reconnut alors que la maladie était beaucoup plus étendue qu'on ne l'avait soupçonné d'abord ; l'articulation scapulo-humérale entière était profondément désorganisée. M. Fergusson fit alors immédiatement une double incision à chacune des deux extrémités de la première incision verticale, et perpendiculaire à celle-ci. Les lambeaux étant écartés, un mouvement de bascule imprimé au bras fit saillir la tête de l'humérus, qui fut emportée d'un trait de scie. La cavité glénoïde, profondément altérée, fut enlevée en totalité avec la gouge, puis la plaie fut réunie avec des sutures métalliques. Il y eut seulement un peu d'hémorrhagie, l'artère circonflexe postérieure ayant été ouverte ; mais elle fut promptement arrêtée. — Aucun symptôme fâcheux. — Trois semaines après l'opération, la plaie était presque complétement cicatrisée. La malade pouvait faire quelques mouvements avec son bras droit, sans éprouver de douleur. — Elle quitta l'hôpital une quinzaine de jours après, parfaitement guérie. — Elle a été revue depuis, elle avait recouvré la plupart des mouvements de son bras.

II. Jeune homme de dix-neuf ans ; carie de l'épaule. — M. Solly procéda à la résection de l'articulation de l'épaule ; une

incision elliptique circonscrivit la presque totalité du deltoïde, et ce lambeau étant relevé, l'articulation fut mise à découvert; puis les ligaments furent divisés, et le bras étant amené dans l'adduction forcée, la tête de l'humérus, luxée en dehors, fut emportée dans une étendue assez considérable; une portion de la cavité glénoïde, qui était cariée, fut également enlevée. Il y eut peu d'hémorrhagie; la plaie fut aussitôt réunie par plusieurs points de suture. — En examinant les portions osseuses réséquées, on trouva que le cartilage avait été en grande partie détruit sur la totalité de la tête humérale, et que celle-ci était nécrosée. — La plaie est réunie par première intention dans une étendue considérable. — Deux mois après, la plaie est complétement fermée, ainsi que les fistules : le malade peut faire quelques mouvements.

Procédé opératoire propre à amputer l'omoplate en conservant le bras, par M. Pétrequin. (Académie des sciences, 16 janvier; *in extenso* dans la Gazette médicale, p. 40.)

Dans ce mémoire, l'auteur s'attache à prouver que, dans certains cas de tumeur ou de dégénérescence du corps de l'omoplate, il est possible et même indiqué d'amputer cet os, à l'aide d'une résection méthodique au niveau du col, de manière à respecter le moignon de l'épaule et à conserver les mouvements du bras.

Résection de l'épaule, par M. Jones.
(Med. times and gaz.; Gazette médicale, p. 100.)

Résection du coude, par M. Birkett. (The Lancet; Gazette médicale, p. 128.)

L'articulation du coude d'une fille de dix-sept ans était cariée depuis huit mois. M. Birkett en pratiqua la résection au moyen d'une incision longitudinale. Aucun vaisseau ne fut lié. Les extrémités articulaires des os furent toutes enlevées. — Le résultat semble devoir être excellent. — De toutes les résections, c'est celle du coude qui se pratique le plus fréquemment, et qui donne le plus de satisfaction au chirurgien. — L'opérée jouit d'une certaine quantité de mouvements dans la nouvelle articulation qui se forme.

Résection du coude; guérison rapide, par M. Williamson.
(The Lancet; Gazette médicale, p. 129.)

Obs. I. — Soldat revenant de Chine. — Nombreuses fistules provenant d'une carie du coude. — Des portions nécrosées furent

enlevées ; le radius semblait ne pas être malade. — Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, on pratiqua la résection du coude, en faisant seulement une incision longitudinale à la partie postérieure de la jointure. —Le membre fut placé en position demi-fléchie dans une attelle de gutta-percha. — Douze jours après, la plaie était complétement cicatrisée.

Obs. II. — Homme de trente-quatre ans ; altération considérable de la jointure. — Résection du coude par une simple incision longitudinale ; on éprouve quelques difficultés pour ne pas léser le nerf cubital. Deux heures après l'opération, on est obligé de lier deux petites artères. —Vingt-deux jours après l'opération, la plaie est entièrement cicatrisée, les mouvements du coude, de la main et des doigts sont conservés. Le coude est à angle droit.

Excision du coude, par M. Tudor. (British med. journal; Gazette médicale, p. 115.)

Le sujet est âgé de vingt-quatre ans. Le coude gauche est entouré de trajets fistuleux, l'état général assez mauvais. — Résection ; on fit une incision longitudinale à la partie interne du coude, de quatre pouces (anglais) de long. Cette incision fut réunie par une incision transversale et postérieure, allant de l'épicondyle à l'épithroclée, puis on enleva avec des pinces l'olécrane, la tête du radius et son ligament annulaire. Mais le mal était si avancé, qu'on fut obligé de prolonger d'un pouce et demi l'incision longitudinale, et d'enlever l'extrémité inférieure de l'humérus dans une étendue de trois pouces— Les suites furent très-heureuses. Plusieurs mois après, le membre supérieur avait repris sa longueur normale ; il avait assez de force, et une nouvelle articulation s'était formée entre les deux extrémités osseuses de nouvelle formation.

Désarticulation des deux mains. (Gazetta degli ospedali di Genove, août.)

Petite fille de trois ans qui avait étendu les deux mains sur les rails au moment où un train passait. Une roue les lui broya de façon à ce que la désarticulation fût jugée nécessaire. D'après l'étendue et le siége différent des désordres traumatiques, elle fut pratiquée, d'un côté par la méthode circulaire, de l'autre par la méthode à lambeaux. — Huit jours après, la blessée était dans un excellent état.

Résection du poignet ; guérison, par M. Erichsen. (Med. times and gaz. ; Union médicale, t. VII, p. 126.)

Homme de trente-quatre ans. Il y a un an, il a reçu un vio-

lent coup de pied de cheval sur le dos de la main droite. Abcès et plusieurs fistules ; portions osseuses dénudées et cariées. Le malade ne pouvait mouvoir ni le poignet ni les doigts ; ceux-ci étaient à demi fléchis, et la main présentait un gonflement notable. Le patient étant soumis aux inhalations du chloroforme, M. Erichsen enleva le carpe, l'extrémité supérieure des os du métacarpe, et enfin l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras. Une seule incision avait été pratiquée sur la face dorsale du membre et dans le sens longitudinal. Le pansement terminé, la main fut étendue sur une palette. — Deux mois après, la plaie était entièrement fermée, la main et les doigts présentaient un aspect fort convenable ; les doigts et le poignet avaient déjà recouvré une certaine mobilité.

Résection de l'articulation coxo-fémorale par M. Lefort.
(Académie de médecine, 4 décembre.)

M. Lefort pense que cette opération ne doit pas être considérée comme un mode de traitement de la coxalgie : c'est une opération exceptionnelle, qui peut et doit être faite seulement dans les cas graves, et dans lesquels, soit par suite de l'étendue des désordres locaux, soit par le retentissement fâcheux qu'ils ont sur l'état général, la vie du malade est gravement compromise, et lorsqu'il ne reste que peu ou point d'espoir d'obtenir la guérison par les moyens ordinaires. — La coxalgie, lorsqu'elle ne s'accompagne pas d'abcès et de carie, lorsqu'elle conserve cette forme, que l'on peut appeler arthrite fongueuse, ne comporte pas la résection. L'immobilité prolongée, aidée d'un traitement général et des moyens locaux appropriés, amène assez souvent la guérison. L'ankylose que l'on obtient dans ces cas n'empêche pas le membre d'être assez utile pour la marche, à la condition toutefois qu'on aura pris soin de le maintenir dans la rectitude. — Il pourra y avoir doute sur l'opportunité de l'opération, dans les cas qui s'accompagnent d'abcès articulaires. La durée de la maladie est alors très-longue ; des fistules s'ouvrent sur les différents points qui entourent l'articulation, et donnent passage à une suppuration séreuse qui, par sa nature et son abondance, épuise le malade. Presque toujours la luxation spontanée s'est produite ; si la guérison s'obtient avant que les os soient gravement atteints, elle se fait longtemps attendre, et elle ne laisse après elle qu'un membre amaigri, déformé par la luxation, fléchi souvent sur le bassin, trop court pour permettre la marche qui n'est possible qu'à l'aide de béquilles. Bien que dans cette forme de la maladie, il soit rare que l'érosion et la disparition même des cartilages n'aient pas déterminé un commencement d'altération osseuse, surtout des bords de la cavité

cotyloïde, cependant la résection n'est pas indiquée tant que l'état général n'inspire pas de craintes sérieuses pour la vie du malade. — Mais, si l'abondance de la suppuration, un long séjour au lit, ont déterminé un affaiblissement tel que la constitution ne paraisse pas pouvoir faire les frais de l'expulsion et de la réparation des parties osseuses cariées ou nécrosées ; si la vie du sujet est en péril, si les os sont cariés dans une assez grande étendue, surtout si la luxation spontanée s'est produite, la résection est formellement indiquée. L'ampliation de la cavité cotyloïde, loin d'être une contre-indication, rend, au contraire, l'opération nécessaire ; car, en permettant d'enlever les parties cariées de l'os iliaque, elle peut presque seule empêcher la maladie de faire de nouveaux progrès, et de déterminer la formation d'abcès extrà-pelviens qui amèneraient d'une manière à peu près certaine une terminaison fatale. — Mais souvent le doute existe sur l'étendue des désordres profonds ; l'irrégularité des trajets fistuleux empêche la sonde d'arriver sur les os, et de constater ainsi directement la réalité d'une carie. C'est alors qu'une sorte d'opération exploratrice, souvent mise en usage dans les cas de résection, pourra être utilement employée. Les abcès seront incisés plus largement, une incision pourra réunir deux trajets fistuleux contigus ou peu éloignés, les parties deviendront ainsi plus facilement accessibles. Si la carie n'existe pas, cette opération préliminaire sera sans inconvénient ; si elle existe, la résection pourra être pratiquée en connaissance de cause, et sans crainte de faire courir au malade des dangers inutiles par une opération intempestive. Une carie peu étendue pourra encore justifier la résection, lorsque la mauvaise position que l'on aura laissé prendre à la jambe affectée ne devra laisser au malade, dans le cas même d'une guérison spontanée possible, mais très-incertaine, qu'un membre ankylosé tellement déformé, et dans une situation telle, que la marche même avec des béquilles serait très-difficile.

Nous aurons occasion de revenir sur ce travail très-complet et très-bien fait.

De la résection dans l'articulation coxo-fémorale dans certains cas de coxalgie, par M. Bazire. (Thèses de Paris, nº 59.)

Leçon sur la résection de l'articulation de la hanche, par M. Erichsen. (Union médicale, t. VIII, p. 209.)

Il est nécessaire, avant de se décider à pratiquer une opération, de reconnaître d'une manière exacte si les os ou les parties molles sont atteints isolément, et, dans le cas d'affections osseuses, si cette lésion est primitive. — Nous distinguerons trois variétés

principales de la coxalgie : — Dans la première variété, ou *coxalgie arthritique*, les parties molles, ligaments, membrane synoviale, cartilages, etc., sont seules atteintes au début. — La seconde forme, *coxalgie fémorale*, est celle dans laquelle la maladie débute dans l'épiphyse supérieure du fémur : sa marche est très-insidieuse ; ses symptômes n'ont rien de bien marqué ; elle se rencontre, en général, chez de jeunes enfants, et est, je crois, de nature tuberculeuse. — La troisième forme est celle que j'appellerai *coxalgie cotyloïdienne :* son siége primitif est dans les os du bassin ; dans ce cas, il se forme des abcès qui tantôt s'ouvrent dans la cavité pelvienne, à la face interne de l'os, tantôt se dirigent en dehors, à travers les muscles, et viennent s'ouvrir le plus souvent dans la région pubienne, au-dessus du ligament de Poupart. — C'est principalement dans cette variété de la coxalgie, où la maladie est bornée à la tête et au col du fémur et à la racine du grand trochanter, que la chirurgie conservatrice trouve de nombreuses applications, d'où il est aisé de comprendre toute l'importance qu'il y a à bien distinguer cette forme de la maladie des deux autres. — Sous le rapport de l'opération, les maladies de la hanche peuvent se diviser en deux grandes classes : celles qui, malgré une inflammation aiguë, se terminent sans suppuration, et celles qui s'accompagnent de la formation d'abcès. — Mais, le plus souvent, la constitution du malade ne peut résister, et la fièvre hectique survient, rapidement suivie de la mort ; d'où l'indication des opérations. — C'est dans la variété fémorale de la coxalgie que la résection convient le mieux. Dans les cas graves, l'épiphyse supérieure du fémur, plus ou moins détruite par la carie, est sortie de la cavité cotyloïde, et se trouve sur la face postérieure de l'os iliaque, dans une cavité suppurante qui communique à l'extérieur par des trajets fistuleux. Les os du bassin sont intacts ; la cavité cotyloïde est comblée par du tissu fibro-plastique ; quelquefois elle présente un point rugueux ou nécrosé.

Procédé opératoire. — Le malade est couché sur le côté sain. S'il s'agit d'une *coxalgie fémorale*, que la région fessière présente des fistules, que les parties molles soient amincies, et la tête du fémur luxée sur la face postérieure de l'os iliaque, il suffit d'introduire une sonde cannelée dans l'un des principaux trajets fistuleux et d'inciser largement celui-ci. Si cependant l'os est recouvert d'une couche épaisse de tissus et qu'on ne puisse pas l'atteindre facilement avec la sonde cannelée, si les fistules s'ouvrent sur la cuisse à une distance considérable du siége de la maladie osseuse, alors on pratiquera une incision en T sur l'extrémité supérieure du fémur, que l'on mettra ainsi à nu. Puis le membre sera porté dans l'abduction forcée, dans la rotation en dedans et repoussé de bas en haut par un aide, on détachera les

parties molles de l'os avec un bistouri boutonné, et l'on aura ainsi sous les yeux l'altération osseuse dans toute son étendue. Enfin, on divise l'os avec une scie, en ayant soin de protéger les parties molles contre les atteintes de l'instrument. — Ici se présente une question pratique d'une très-grande importance : doit-on diviser le fémur au-dessous du grand trochanter, ou réséquer seulement le col en respectant le trochanter? Je pense que le chirurgien devra se conduire suivant la nature de la maladie. Si l'on a affaire à une *coxalgie fémorale*, le mieux sera de réséquer le fémur au-dessous du grand trochanter, parce que généralement la carie a déjà envahi le tissu spongieux de cette partie du fémur, ou qu'il est infiltré de tubercules. S'agit-il, au contraire, d'une *coxalgie cotyloïdienne*, il suffira de retrancher la tête du fémur, qui seule est atteinte dans ce cas; puis on examine la partie supérieure de l'os, et l'on enlève avec la gouge les portions altérées. Quand on enlève l'épiphyse supérieure du fémur dans la coxalgie fémorale, on doit de même examiner la cavité cotyloïde, et en retrancher avec la gouge toutes les parties nécrosées ou altérées. — Pour ce qui est de la mortalité après la résection, la proportion est assez difficile à établir d'une manière absolue, ne connaissant pas la statistique de toutes les opérations faites jusqu'à ce jour; mais voici les résultats que m'a donnés ma propre expérience : j'ai pratiqué sept fois la résection de la hanche; aucun de ces malades n'a succombé. — Pour apprécier le degré d'utilité du membre que la résection de la hanche conserve au malade, il est bon de comparer ce membre à celui que possède l'individu qui a pu guérir par les seuls efforts de la nature. — Dans ce dernier cas, la hanche est partiellement ou complétement ankylosée, le membre est amaigri, raccourci parfois de deux ou trois pouces, plus ou moins fléchi sur le bassin et porté dans l'adduction ; le genou est lui-même plus ou moins immobile, demi-fléchi ; le pied ne touche le sol que par les orteils, le malade ne peut pas se tenir sur ce membre ; pour se tourner, il est obligé de faire des mouvements de totalité du bassin. — Le membre que la résection de la hanche conserve au malade est dans des conditions bien autrement satisfaisantes, ainsi que j'ai eu maintes fois l'occasion de le voir. La chose la plus fâcheuse, c'est le raccourcissement du membre, qui varie de deux à trois pouces, raccourcissement qui existait déjà avant l'opération, par le fait de la désorganisation de la tête du fémur et de la luxation qu'elle avait subie. Mais ce membre est droit, solide, bien nourri, et permet au malade une marche facile et assurée ; l'ankylose qui se produit dans la hanche est fibreuse et non osseuse, aussi le malade peut-il fléchir la cuisse et la porter dans l'adduction ; mais, comme dans les cas de guérison spontanée, les mouvements de rotation en dehors et d'abduction sont perdus, et la mo-

bilité de la colonne lombaire y supplée autant que possible.

De la résection de l'articulation coxo-fémorale et de ses résultats favorables dans le cas de carie de ces os chez les enfants. (Journal f. Kinderkrankh, 1858, nos 5 et 6. Union médicale, t. VI, p. 389.)

Cette opération est très-fréquente en Angleterre, et à en juger par les onze cas relatés dans cet article, suivie fréquemment de succès. — Les cas les plus favorables pour l'opération sont ceux dans lesquels la tête du fémur a quitté la cavité cotyloïde et est seule cariée ; mais on possède de nombreux cas heureux, où la cavité elle-même était plus ou moins malade, avec perforation, abcès du bassin, etc., et a dû être enlevée dans ses parties cariées. Il arrive souvent que la sonde ne peut donner des renseignements sur l'état de la cavité articulaire. Alors, d'après Erichsen, si la tête fémorale s'est luxée depuis longtemps, il est probable qu'elle est seule malade, tandis que si la dislocation a eu lieu tardivement, après une longue durée de l'affection, la cavité y participe également. — Les résultats définitifs de l'opération sont aussi plus favorables que ceux où une guérison inespérée a été obtenue sans la résection. Dans ce dernier cas, le plus souvent, le membre est ankylosé dans une position incommode et devient parfois une grande charge pour le malade, tandis qu'après l'opération il rend des services signalés, quoique restreints. — Onze observations prises en quelques années dans les différents hôpitaux de Londres montrent toutes des résultats très-encourageants. L'opération elle-même n'est pas difficile, et est généralement bien supportée par les malades.

Résection de la hanche, par M. Fergusson.
(The Lancet; Gazette médicale, p. 128.)

Affection de la hanche datant de quatre ans, chez un petit enfant, avec plusieurs fistules. La vie était menacée. — Simple incision longitudinale. Excision de l'extrémité du fémur, dont la tête était détruite par la carie. Sutures avec les fils d'argent. Le malade va fort bien, et il pourra sans doute se servir très-bien de son membre.

Résection de la hanche, par M. Fergusson. (Med. times and gaz.; Union médicale, t. VII, p. 206.)

Cette opération a été pratiquée pour une nécrose de l'articulation coxo-fémorale ; le malade a succombé peu de jours après, sans qu'il soit fait mention de l'accident qui a plus particulièrement déterminé la mort.

Remarques et observations sur la résection dans l'articulation coxo-fémorale, par M. Fock. (Archiv für klinische chirurgie de M. Langenbeck, t. I; Archives générales de médecine, novembre, p. 570.)

Le sujet est traité d'une manière assez complète. Pour M. Fock, la résection de l'articulation coxo-fémorale est indiquée, dans les cas de la carie de l'articulation, telle qu'elle existe habituellement dans les dernières phases de la coxalgie, à la condition que l'on pourra enlever toutes les parties malades ; — dans les cas de plaies de l'articulation par armes à feu ; — dans les cas de fractures non consolidées du fémur; — dans les cas d'arthrite rhumatismale chronique, avec dégénération de la tête du fémur ; — dans les cas de luxation irréductible du fémur, lorsque l'extrémité n'est d'aucun usage pour le malade.

Le pronostic varie suivant la gravité de l'affection pour laquelle elle a été pratiquée. En thèse générale, l'opération comporte une gravité bien moins considérable que la maladie qui l'a nécessitée. — La résection coxo-fémorale est d'une exécution extrêmement facile quand on se trouve en présence d'une arthrite suppurée et d'une luxation spontanée. On divise les parties molles par une incision verticale de trois à quatre pouces, qui permet d'arriver directement sur la tête fémorale et sur le grand trochanter ; puis, après avoir isolé l'os, on le contourne à l'aide d'une scie à chaînette, et on le coupe au delà des limites du mal. L'opération est un peu moins aisée, lorsque l'articulation étant envahie par la suppuration, et la capsule étant perforée, le fémur n'est pas déplacé ; les difficultés que l'on peut rencontrer sont d'ailleurs surmontées très-aisément. De toutes les résections articulaires, celle de la hanche est incontestablement la moins embarrassante. — L'incision des parties molles a été très-diversement modifiée par les différents opérateurs. — Lorsque le fémur n'est pas déplacé, l'opération s'exécute de la manière suivante : — Le malade est couché sur le côté sain, le tronc légèrement soulevé et les extrémités inférieures étendues. L'opérateur, placé à la droite du malade, reconnaît le bord supérieur du grand trochanter. L'incision, commencée à deux pouces au-dessus et au dedans de cette apophyse, sur le milieu d'une ligne menée de son angle antérieur à l'épine iliaque antérieure et supérieure, doit longer, dans une direction légèrement curviligne, le bord postérieur du grand trochanter, dans une étendue qui peut varier, suivant les sujets, de trois à six pouces. Cette incision, comprenant la peau et les muscles, permet de reconnaître le rebord de la cavité cotyloïde. — Lorsque l'articulation est atteinte de carie, la capsule est élargie et souvent perforée par le pus que l'on rencontre presque constamment sinon sous la peau, au moins dans les parties plus profondes. La cuisse étant portée

dans la flexion et l'adduction, on découvre souvent sans peine, à l'aide des doigts, la perforation de la capsule, qui se trouve habituellement à la partie postérieure et inférieure de l'articulation ; dans ce cas, on débride en haut et en bas, à l'aide d'un bistouri boutonné. Lorsque la capsule est intacte, on l'ouvre sur sa face postérieure avec un bistouri pointu, puis on achève la section à l'aide du bistouri boutonné, comme dans le cas précédent. — Le ligament rond est presque toujours détruit dans les cas de carie ; lorsqu'il est conservé, on le coupe à l'aide d'un bistouri boutonné introduit dans l'articulation en arrière et en bas, la cuisse étant portée dans l'abduction forcée. — Un aide est alors chargé d'imprimer à la cuisse une rotation forcée en dedans; ce mouvement suffit le plus souvent pour luxer le fémur. La tête une fois déplacée, on coupe les restes de la capsule au niveau du col, et on recherche avec le doigt si la carie s'étend plus bas que cette partie du fémur. Lorsqu'il en est ainsi, on coupe les insertions musculaires du grand trochanter que l'on isole, dans l'étendue nécessaire, à l'aide d'un bistouri boutonné. On coupe ensuite le fémur à l'aide de la scie à chaînette; j'ai également fait cette section avec la scie droite, mais je l'ai trouvée d'un usage moins commode que la scie à chaînette, celle-ci facilite surtout l'opération lorsque la section doit porter sur le col. — On s'assure ensuite de l'état de la cavité cotyloïde, et on enlève avec la gouge les parties cariées, s'il y en a. Pour réséquer la cavité articulaire dans sa totalité, on peut employer un ostéotome ou une scie à phalanges.

Deux cas d'excision de la tête du fémur, par M. Erichsen.
(The Lancet; Gazette médicale, p. 128.)

Obs. I. — Jeune fille de treize ans, scrofuleuse, épanchement considérable de la hanche, avec abcès. — M. Erichsen constate un état morbide très-avancé et un épanchement considérable de matières plastiques. Il y a de la fièvre hectique, une suppuration abondante ; l'appétit est nul. Ces symptômes allant en augmentant, le chirurgien se décide à exciser la tête du fémur. — Une incision en T est pratiquée ; le fémur est séparé des parties molles, son extrémité supérieure est détachée avec la scie de Butcher, et la cavité cotyloïde malade, ruginée vigoureusement. — Après quatre mois, la malade sort de l'hôpital ayant encore une fistule qui donne un peu de pus.

Obs. II. — Jeune fille de dix ans, scrofuleuse, maladie de la hanche depuis deux ans, avec déviation considérable et abcès énormes. Incision en T ; excision du fémur au-dessus du grand trochanter ; rugination de l'os des îles. — Au bout de huit mois,

suppuration moins abondante et moins fétide ; la malade quitte l'hôpital.

Résection du genou; guérison, par M. King. (Med. times and gaz.; Union médicale, t. VII, p. 126.)

Jeune fille de seize ans; maladie ancienne du genou gauche.— Violence de l'articulation ; arthrite.— On fit un traitement actif, mais qui ne put empêcher la luxation spontanée du tibia en arrière et en dehors. — La jeune fille étant plongée dans l'anesthésie chloroformique, les os furent mis à nu à l'aide d'une incision cruciale, et l'on réséqua l'extrémité inférieure du fémur, l'extrémité supérieure du tibia et du péroné dans l'étendue de plus d'un pouce pour chacun de ces os. La rotule fut enlevée en même temps. L'articulation était complétement désorganisée, les cartilages avaient disparu. La plaie fut réunie à l'aide de sutures en fil de fer, et le membre placé dans un gouttière de plomb moulée sur le membre sain. — Pas d'accidents; quatre mois après, on notait une union fibreuse établie entre les extrémités osseuses. La malade, dès lors considérée comme guérie, reste cependant encore à l'hôpital.

Résection du genou, par M. Canton. (The Lancet; Gazette médicale, p. 129.)

Ce chirurgien pratiqua l'ablation de cette jointure à la suite d'une lésion traumatique qui avait détaché l'épiphyse inférieure du fémur. Il scia les extrémités des deux os de l'articulation après avoir fait une incision en H. La rotule fut enlevée. — Au moment où l'observation fut publiée, la plaie était à peu près complétement cicatrisée.

Deux cas d'excision du genou, par M. Fergusson. (The Lancet; Gazette médicale, p. 128.)

A l'hôpital du Collége royal, l'amputation des membres pour maladies des jointures devient l'exception, et l'excision la règle. — M. Fergusson pratiqua la résection du genou, dans le mois d'août 1858, chez deux jeunes gens; il fit une incision en H, enleva la rotule et sutura avec des fils d'argent. — Tout annonce jusqu'ici un excellent résultat.

Deux cas de résection du genou, suivis de mort, par M. Fergusson. (The Lancet; Gazette médicale, 3 mars, p. 129.)

Obs. I. — Femme de trente-six ans; elle avait pris froid au genou huit mois auparavant. — A son entrée à l'hôpital royal, le genou était gros, douloureux, ankylosé à peu près à angle droit.

— Santé générale très-mauvaise, émaciation considérable, point d'appétit, pas de sommeil. — On pratique une simple incision transversale à la partie interne du genou, et l'on enlève les extrémités articulaires du tibia et du fémur. L'opération fut rapide. — La mort survient au dix-septième jour. On trouva dans les poumons des traces de phthisie et de pneumonie.

Obs. II. — Homme de vingt et un ans : ankylose du genou, à angle droit, avec fistules et caries, suite de rhumatisme. — Opération. Incision transversale en avant. Difficultés considérables. — Mort au bout de treize jours avec ischurie rénale.

Résection du genou, par M. Price. (The Lancet ; Gazette médicale, p. 128.)

Enfant de quinze ans, scrofuleux, ayant reçu, il y a cinq ans, un coup au genou, qui fut suivi de gonflement et d'abcès ; plusieurs fistules provinrent des os cariés, de l'article du genou. — Résection. Formation d'un lambeau semi-lunaire, à concavité supérieure. Les condyles fémoraux et les tubérosités tibiales sont sciés, la rotule est enlevée. L'hémorrhagie fut considérable ; on appliqua quelques points de suture ; une attelle fut placée soigneusement à la partie postérieure ; on la laisse en place pendant sept semaines, jusqu'à la fin du traitement, sans lui faire subir le moindre déplacement. M. Price attache une grande importance à cette précaution. — Au bout de quatre mois, quelques gouttes de pus coulent à peine par une petite fistule, et il y a une soudure osseuse très-ferme ; la cuisse est en ligne droite avec la jambe ; le membre est raccourci de 4 centimètre environ.

Résultat de trois cas de résection du genou, par M. Price. (The Lancet ; Gazette médicale, p. 129.)

Obs. I. — Jeune fille de dix-sept ans ; résection du genou gauche, pour une lésion scrofuleuse des extrémités articulaires du tibia et du fémur. — Deux mois après, cette jeune fille marchait avec des béquilles. — A trois mois, elle marchait sans soutien ; on constata la formation d'une fausse articulation, et plus tard d'une ankylose complète. — Actuellement, la malade est dans un état très-satisfaisant et marche avec facilité.

Obs. II. — Résection du genou droit chez un enfant de neuf ans, pour une altération osseuse datant de quelques années. — Tout alla bien d'abord, mais longtemps après on fut obligé d'amputer la cuisse, et le petit malade guérit parfaitement.

Obs. III. — Résection du genou gauche, chez un jeune homme de vingt-huit ans, pour une nécrose de la jointure. — Au bout de deux mois, le tibia et le fémur sont soudés complétement, et le malade marche avec des béquilles. — Environ un an après, il

éprouva de grandes douleurs, et eut plusieurs abcès avec gonflement considérable. On enleva la rotule, qu'on avait laissée dans le lambeau antérieur. Peu de temps après, guérison complète.

M. Price conclut qu'il faut toujours enlever la rotule, que la conserver ne donne aucun avantage et cause souvent des accidents.

Deux cas de succès d'excision du genou, par M. Crompton. (Gazette médicale, p. 87.)

Obs. I. — Le premier cas est celui d'une femme de vingt-deux ans, et affectée d'une tumeur blanche depuis trois ans. — Le genou gauche est très-volumineux. Des abcès se sont ouverts à l'extérieur ; on sent à travers les fistules les os cariés. — L'excision fut pratiquée par la méthode ordinaire ; la réunion se fit en grande partie par première intention. — Maintenant la malade marche parfaitement bien.

Obs. II. — Le second est celui d'un jeune homme de vingt-deux ans. Il est atteint d'une tumeur blanche du genou gauche depuis deux ans. — Plusieurs abcès se sont ouverts à la partie externe et inférieure du genou, ainsi qu'à la partie postérieure ; mais la suppuration avait fini par se tarir, et l'articulation convertie en tissu de cicatrice adhérent à l'os, s'était ankylosée dans un angle de 50 degrés. — On pratiqua l'excision, et quatre mois après ce jeune homme, parfaitement bien portant, pouvait faire de longues promenades sans le secours d'un bâton.

De la résection du genou, par M. Putz. (Thèses de Strasbourg.)

Observation d'ankylose du genou, guérie par la ténotomie et la rupture des adhérences intra-articulaires, par M. Giorcelli. (Revue de thérapeutique du Midi ; Gazette médicale, p. 304.)

A la suite d'une plaie pénétrante du genou, le malade, enfant de onze ans, de bonne constitution, avait eu une arthrite suppurée, dont une ankylose avait été la conséquence. — La jambe était fléchie sur la cuisse, au point que le calcanéum n'était distant de la fesse correspondante que de 20 centimètres. — Les os de l'articulation surpassaient d'un tiers le volume ordinaire. — La rotule était immobile sur le fémur. — Les muscles étaient atrophiés et les fléchisseurs de la jambe sur la cuisse très-raccourcis. Tout mouvement était impossible. — Le chirurgien coupa les tendons fléchisseurs de la jambe par deux incisions sous-cutanées, l'une externe, l'autre interne. Alors l'aide, qui tenait entre ses mains la jambe de l'opéré, la fléchit et l'étendit fortement. Après six ou sept de ces secousses, il sentit un fort craquement et la jambe s'étendit. Le membre fut maintenu dans l'extension à l'aide d'une machine, et le genou arrosé d'eau vé-

géto-minérale. — Pas de réaction inflammatoire bien vive. — Guérison.

Du redressement de la fausse ankylose du genou, par M. Chadebec. (Thèses de Montpellier, nº 46.)

De l'emploi du chloroforme en inhalations, comme moyen de prévenir l'ankylose des genoux dans un fait de contracture hystérique des membres inférieurs, ayant duré près de deux ans, par M. Fonssagrives. (Bulletin de thérapeutique, t. LVIII, p. 362.)

L'auteur donne l'observation d'une malade qui présentait à la fois des symptômes d'hystérie, de léthargie et de catalepsie. Cette malade avait, en outre, une contracture des muscles des membres inférieurs, tenant dans l'immobilité la plus absolue les articulations du genou. Craignant qu'une ankylose ne fût la conséquence de cette contracture, M. Fonssagrives eut recours au chloroforme ; après des péripéties tenant à l'état nerveux de cette femme, l'anesthésie fut obtenue, et des mouvements furent avec facilité communiqués aux articulations. Ces manœuvres ont été plusieurs fois répétées ; et plus tard, quand la contracture a cessé, les mouvements articulaires étaient conservés.

Ankylose de l'articulation coxo-fémorale gauche consécutive à un rhumatisms articulaire aigu, par M. Laborie. (Société de chirurgie, 25 avril.)

L'ankylose a été rompue. Le malade n'a pas recouvré une grande liberté de mouvement, mais il a obtenu un résultat qui me semble modifier avantageusement sa position. La flexion et l'abduction considérables qui le rendaient infirme ont cédé. Le membre a retrouvé une bonne attitude ; les mouvements seront moins bornés qu'en ce moment.

Rupture d'ankylose du genou, par M. Demarquay. (Gazette médicale et Gazette des hôpitaux, p. 154.)

A la suite de la rupture de l'ankylose, le membre a été placé dans un appareil inamovible. — Bon résultat.

Ablation de la rotule, par M. Kinde (North American medico chirurgical review, mai 1860 ; Archives générales de médecine, août, p. 218.)

Nécrose de la rotule, à la suite d'une chute ; le chirurgien enleva cet os en coupant les ligaments : l'articulation du genou se trouva ainsi largement ouverte. — Pas d'accidents. — Cinq mois après, le malade marchait presque sans boiter ; le genou n'était pas

ankylosé. A la place de la rotule, il y avait une bride fibreuse très-solide.

Résection de l'astragale chez un enfant, et du calcanéum chez une petite fille, par M. Erichsen. (The Lancet; Gazette médicale, p. 128.)

Obs. I. — L'enfant était âgé de dix-sept ans; l'astragale du pied droit était carié depuis quatre mois; mais autrefois il avait eu déjà un abcès à son niveau. L'os malade fut enlevé et les deux malléoles reséquées. — Au bout de quinze jours, la plaie était en bonne voie de cicatrisation.

Obs. II. — La petite fille, âgée de cinq ans, était affectée d'une carie du calcanéum. M. Erichsen enleva cet os par son procédé, et de plus une portion de l'articulation calcanéo-cuboïdienne.— La plaie était complétement cicatrisée au quinzième jour.

Résection partielle de l'articulation tibio-tarsienne, par M. Wood. (Med. times and gaz.; Gazette médicale, p. 100.)

Amputation à deux lambeaux rectangulaires, l'un court, l'autre long, par M. Teale. (British med. journ.; Gazette médicale, p. 116.)

La longueur du lambeau long est déterminé par la moitié de la circonférence du membre; ce lambeau doit former un carré parfait, qui suffit parfaitement pour recouvrir l'extrémité de l'os. — Ce lambeau doit être choisi dans les parties qui ne contiennent pas les gros vaisseaux et les gros troncs nerveux; ces parties sont, en général, à la partie antérieure du membre. Le petit lambeau contenant les gros vaisseaux et les gros troncs nerveux n'a que le quart de la longueur du précédent. — Les lambeaux sont taillés, l'os est scié, les artères liées; on laisse retomber le lambeau long sur l'extrémité de l'os scié qu'il recouvre. Chacun de ses angles est fixé par un point de suture à l'angle correspondant du petit lambeau. Un ou deux points de suture complètent l'union transversale des deux lambeaux. De chaque côté, le petit lambeau est uni à sa portion correspondante du long par un point de suture, et enfin un dernier point de suture unit la portion directe du lambeau long à la portion réfléchie du même lambeau. — Par ce procédé, on évite la tension des parties; l'os est recouvert par des tissus ne contenant pas des troncs nerveux; enfin, les parties sont bien disposées pour faciliter l'écoulement du pus. — Cette méthode a déjà été pratiquée cinquante-six fois, et a donné une statistique meilleure que les méthodes anciennes; il a été plus facile aux malades, une fois guéris, de supporter la jambe artificielle.

Quelques considérations sur les amputations chez les enfants, par M. Dayot. (Thèses de Paris, nº 174.)

Cet excellent travail est divisé en trois chapitres; dans le premier, il est traité des indications et des contre-indications. On peut ainsi le résumer : On ne doit amputer que très-rarement chez l'enfant, qu'il s'agisse d'un accident ou d'une tumeur blanche. Ce précepte est d'autant plus impérieux que l'enfant est plus jeune. — Les amputations ont, d'une façon générale, plus de chance de réussite chez l'enfant que chez l'adulte. Pour la seconde enfance, cela n'est pas douteux ; pour la première enfance, il faut faire une réserve à l'égard des amputations traumatiques. — Dans les cas de traumatisme, chez les très-jeunes enfants, l'amputation secondaire semble devoir être préférée à l'amputation primitive. — Dans les affections pathologiques, on ne doit songer à amputer que lorsque existent des symptômes généraux qui compromettent directement la vie. — Les tubercules ne sont une contre-indication que lorsqu'ils sont déjà en voie de ramollissement, se qui est relativement rare chez l'enfant. — Il serait à souhaiter qu'on tentât, pour le membre supérieur, de substituer plus souvent la résection à l'amputation.

Dans le second chapitre, ayant pour titre, *De l'opération*, — M. Dayot considère l'emploi des anesthésiques comme plus dangereux chez l'enfant que chez l'adulte ; il recommande de faire perdre le moins de sang possible ; il avertit que le périoste se décolle avec une facilité extrême et qu'on peut, si l'on n'y prend garde, dénuder l'os dans une trop grande étendue. — M. Marjolin ne s'attache pas à chercher la réunion par première intention ; néanmoins il affronte doucement les lambeaux à l'aide d'une large bande de diachylon, dont la partie moyenne est fenêtrée, et dont les extrémités sont divisées en plusieurs chefs. Cette bande unique semble préférable aux bandelettes isolées et surtout à la suture.

Les suites de l'opération forment le troisième chapitre. — La cicatrisation des plaies d'amputation ne se fait pas plus rapidement que chez l'adulte. Il faut nourrir le malade dès le début, donner des toniques. M. Dayot examine à la fin de sa thèse quelques accidents, l'hémorrhagie, l'infection purulente, la conicité du moignon.

De la fréquence de la pyémie après les amputations; statistique, par M. Bryant. (Union médicale, t. V, p. 158.)

Voir l'*Annuaire*, t. III, p. 400.

Comment peut-on remédier à la mortalité considérable après les am-

putations? par M. Buraw. (Deutsche klinik; Union médicale, t. VIII, p. 415.)

L'auteur a eu très-peu de revers dans les nombreuses amputations qu'il a pratiquées ; il ne découvre la raison de ses succès que dans les soins consécutifs à l'opération. Chaque fois que la chose est possible, il préfère l'amputation à deux lambeaux, à l'exception de la jambe où il ne pratique qu'un lambeau. Il trouve à cette méthode de grands avantages sur l'amputation circulaire. Après la cessation de l'hémorrhagie par les ligatures, le moignon est laissé à l'air pendant 20 à 30 minutes; il se fait alors une exsudation d'une sérosité non sanguinolente, et l'on peut procéder au pansement. — Il faut rapprocher les bords de la plaie aussi exactement que possible et rechercher la réunion par première intention, mais sans tiraillement. A l'avant-bras et ordinairement au bras, des bandelettes longitudinales suffisent à cet effet ; mais les lambeaux musculeux des extrémités inférieures exigent deux à trois points de suture entre lesquels on applique des bandelettes adhésives. Les fils des sutures doivent être arrêtés non par des nœuds, mais par des rosettes, pour pouvoir les relâcher au besoin. Voilà tout le pansement; ni compresses, ni bandes, qui n'empêchent pas le contact de l'air nullement à craindre, mais qui retiennent les gaz résultant de la décomposition des liquides de la plaie. — Quand il survient des douleurs plus vives, on peut essayer l'application de vessies remplies de glaces ; mais on ne doit les continuer qu'aussi longtemps que le malade en est soulagé. Peu d'heures après l'opération, le membre devient le siége d'un gonflement qui peut aller jusqu'à en doubler le volume et exiger le relâchement des sutures et des bandelettes. Plus ce gonflement est considérable, plus aussi la suppuration arrive bonne et tôt ; son absence est un signe défavorable.— Les bandelettes sont changées aussi souvent que la propreté l'exige, et quand la suppuration est devenue très-abondante, on applique deux ou trois fois par jour de la charpie sur la plaie, sans aucun moyen de contention.

Moignon douloureux; guérison, par M. Gross. (North American med. chir. review, mars ; Union médicale, t. VII, p. 588.)

On rapporte une observation de moignon douloureux à la suite d'une amputation de jambe. On prescrivit 50 centigrammes de sulfate de quinine et 5 centigrammes de sulfate de morphine à prendre le soir ; en outre, on protégea le moignon contre toutes les causes de froid, de frottement et de pression. Le malade guérit complétement en deux semaines. C'est au développement de fibres et de tumeurs nerveuses que M. Gross attribue ces douleurs. Arrivée au dernier degré la maladie constitue un état sé-

rieux, et réclame une intervention active de la part du chirurgien ; si la tumeur nerveuse est isolée et facilement accessible, on devra l'enlever ; existe-t-il plusieurs tumeurs situées profondément, c'est à une nouvelle amputation qu'il faudra recourir. — La névralgie se présente-t-elle à un degré plus léger, le traitement ordinaire de cette maladie suffira en général pour amener la guérison ; on prescrira le sulfate de quinine, et, si le malade est anémique, on associera des préparations ferrugineuses au quinquina, et suivant le cas, on y ajoutera la strychnine, l'acide arsénieux, la belladone, le stramonium ou l'aconit, médicaments dont on devra toujours surveiller l'action avec le plus grand soin. Chez les sujets rhumatisants, on se trouve bien en général de prescrire un grain de morphine dans une cuillerée de vin de colchique. Localement on emploiera les applications iodées, les vésicatoires, les cautères, ainsi que les frictions et les injections narcotiques. Enfin on devra protéger le mieux possible le moignon contre le froid et les causes de frottement et de pression.

Désarticulation de la cuisse, par M. J. Roux.
(Académie des sciences, 16 avril.)

L'auteur rapporte douze observations ; sur six opérations faites à l'hôpital de Saint-Mandrier, quatre ont été suivies de succès. M. Roux préfère la méthode à lambeaux et le procédé à un seul lambeau antérieur. — Les principaux faits cliniques observés à Saint-Mandrier sont : anesthésie profonde, vomissements dans la journée, réaction lente, réunion immédiate par la suture entortillée, ligature des artères, des veines ; pansements tardifs ; drains, mèches, ligatures longtemps restées dans les plaies ; injections sous le lambeau d'eau chlorurée, iodée à chaque pansement ; alimentation réparatrice et vin généreux ; luxe de propreté, quinquina, alcoolature d'aconit. — Le moyen de prothèse choisi est celui de Foullioy, modifié par moi afin de le rendre moins coûteux, plus facile à se procurer partout. — Relativement aux causes, j'insiste sur deux points : — 1° Dans les six mois qui suivent les coups de feu, quand l'amputation est nécessaire, il faut renoncer à l'amputation dans la *continuité*, à la résection, et toujours pratiquer la *désarticulation* coxo-fémorale, car alors le fémur est frappé d'*ostéomyélite* dans toute son étendue ; — 2° Les coups de feu du tiers supérieur du fémur ne sont pas un cas de désarticulation ou d'amputation primitives ; la temporisation compte bien des succès, l'opération n'enregistre que des revers. — Après cette dernière exclusion, le moment où il convient de pratiquer la désarticulation de la cuisse rentre dans les préceptes généraux applicables à toutes les amputations.

Mémoire sur les amputations secondaires à la suite des coups de feu d'après des observations recueillies sur les blessés d'Italie, par M. J. Roux. (Académie de médecine, 24 avril.)

M. J. Roux a donné ses soins, à l'hôpital Saint-Mandrier de Toulon, à un grand nombre de blessés de l'armée d'Italie : chez la plupart de ces hommes, les plaies dataient de un ou plusieurs mois. — D'après les faits qu'il a observés dans ces conditions, M. J. Roux croit devoir établir en règle absolue qu'à la suite des coups de feu qui intéressent un os, l'ostéomyélite est aussi inévitable que l'inflammation des parties molles elles-mêmes, mais qu'elle guérit le plus souvent ; d'abord locale, circonscrite, elle envahit ordinairement la totalité de l'os plus ou moins promptement. — M. J. Roux distingue à cette ostéomyélite trois degrés ou périodes : 1° d'hyperémie, qui peut se terminer par résolution ; 2° de ramollissement ou d'amputation ; 3° de suppuration, où la mort est la terminaison la plus ordinaire. — En prenant en considération la complication de l'ostéomyélite, qui n'avait guère fixé l'attention des chirurgiens jusque-là, M. J. Roux divise les accidents qui se produisent à la suite des plaies par armes à feu, en deux périodes : dans la première, qu'il appelle *phlegmoneuse*, comprenant plusieurs semaines ; dans la seconde, d'*ostéomyélite*, comprenant plusieurs mois et même une année, l'inflammation générale dans l'os devient locale dans les parties molles. La texture et la vitalité, différentes dans chaque tissu, rendent compte de ces différences. — Dans la phase *phlegmoneuse*, l'amputation secondaire est commandée principalement par la lésion des parties molles, accessoirement par celles de l'os ; c'est le contraire dans la phase d'*ostéomyélite*, où l'amputation secondaire est imposée d'abord par la lésion osseuse, par celle des parties molles ensuite. — En pratiquant l'amputation secondaire dans la phase phlegmoneuse, et dans la continuité de l'os au-dessus de la lésion, on a la chance de tomber sur une portion encore saine de l'os ou atteinte d'ostéomyélite à la première période. C'est déjà un danger dans le dernier cas. — Quand l'amputation secondaire est faite dans la phase d'ostéomyélite, en suivant les préceptes ordinaires, il est évident que du moment qu'elle a eu lieu dans la continuité de l'os malade, elle laisse inévitablement une partie du mal avec une cause de plus d'aggravation, le traumatisme de la scie, etc. — Il faut par conséquent, dans cette phase, enlever le mal en totalité ; *il faut donc presque toujours pratiquer la désarticulation de l'os atteint d'ostéomyélite.* M. J. Roux formule ce précepte avec plus de précision, en ces termes : « Dans les six mois qui suivent les coups de feu, et même jusqu'à un an, quand la guérison n'a pas lieu, et que l'indispensable obligation d'opérer se produit, il

faut, *dans la majorité des cas*, sinon *toujours*, désarticuler l'os malade, et renoncer à la résection et à l'amputation dans la continuité.

1er mai. — *M. Legouest* envoie une lettre ayant pour but d'établir que l'ostéomyélite ne se généralise pas inévitablement à la suite des plaies par armes à feu, et qu'elle ne nécessite pas constamment la désarticulation dans les conditions spécifiées par M. J. Roux. M. Legouest base cette opinion sur les résultats de la chirurgie consécutive obtenus en Orient. Dans un travail sur la chirurgie contemporaine, publié en 1859, il a fait voir qu'en Orient : 1° Les désarticulations consécutives de la cuisse n'ont pas donné un succès, tandis que des amputations primitives et consécutives de la cuisse au tiers supérieur ont donné 24 guérisons ;—2° Que les désarticulations du genou, primitives et *consécutives*, pratiquées pour lésions de la jambe, ont donné 9 guérisons pour 100, tandis que les amputations *consécutives* de la jambe, à toutes les hauteurs, sans distinction, ont donné 35 guérisons pour 100. — M. Legouest termine sa lettre en signalant le résultat comparatif du traitement par l'amputation et par la non-amputation de toutes les fractures de la cuisse par coups de feu, observées en Orient, résultat qui n'est favorable ni à l'opinion des partisans de l'amputation ni à l'avis de ceux qui admettent la fréquence de l'ostéomyélite ; en effet, d'après les statistiques en question, il semble exister cinq fois plus de chances de guérir d'une fracture de cuisse par coups de feu sans amputation que par l'amputation. — Après cette lecture, *M. Larrey* monte à la tribune pour présenter des remarques très-détaillées sur le travail de M. J. Roux. M. Larrey affirme que la proposition fondamentale qu'a soutenue M. J. Roux, savoir : qu'à la suite des coups de feu, l'ostéomyélite est une complication inséparable de toute lésion osseuse, est trop absolue. Tous les chirurgiens ont observé des lésions d'os par coups de feu qui n'ont pas été suivies d'ostéomyélite, et le tissu spongieux des os est lui-même presque insensible à la pénétration des projectiles. Ces réserves faites, M. Larrey reconnaît que M. J. Roux a observé l'ostéomyélite mieux que personne, mais il regrette que l'auteur n'ait pas exposé au moins les principaux symptômes et caractètères anatomiques de cette grave complication aux trois périodes qu'il lui assigne. — L'orateur combat, comme trop absolues, les trois propositions suivantes émises par M. J. Roux, savoir : 1° que dans la première période ou d'hyperémie, la plaie osseuse doit *toujours* suppurer ; 2° que la deuxième période ou de ramollissement coïncide avec un *état pathologique spécial* de la moelle, qui entraîne *la plus fréquente nécessité* de l'ablation des membres. Dans la deuxième période, il peut exister encore des chances favorables à la résolution. Quant à la troisième pé-

riode, celle de suppuration ou de mort, l'indication de l'ablation du membre n'est pas non plus aussi absolue que le veut M. J. Roux. La suppuration du canal médullaire peut guérir sans entraîner de nécrose, et la nécrose une fois produite, la guérison peut être encore obtenue par l'élimination d'un séquestre ; mais, si l'extraction de l'os nécrosé ou la résection de l'articulation malade restent insuffisantes ou impraticables, M. Larrey admet la nécessité de l'amputation secondaire, qu'il appellerait plus volontiers *amputation consécutive;* mais il voit qu'ici encore le précepte de M. J. Roux, de pratiquer toujours la désarticulation, est trop absolu, et qu'il ne se trouve pas justifié par l'examen des pièces anatomiques soumises à l'Académie. — Ce principe n'est d'ailleurs pas nouveau, et sa mise en pratique en Crimée n'a pas été couronnée de succès pour les désarticulations du genou. Il est donc permis, suivant M. Larrey, de ne voir dans les succès de M. J. Roux qu'une de ces séries heureuses qui ne sont pas rares dans la chirurgie opératoire. L'orateur regrette l'absence, dans la communication de M. J. Roux, de l'indication, même sommaire, de chacune des blessures et de ses complications, et termine en formulant, comme amendement aux conclusions, que l'ostéomyélite, qui peut se limiter à un point de l'os, s'étendre assez loin ou l'envahir même en totalité, doit être soumise d'abord à tous les moyens rationnels de traitement ; qu'elle nécessite quelquefois la résection ou l'amputation consécutive, tantôt dans la continuité du membre, tantôt et de préférence dans la contiguïté ; qu'elle démontre l'opportunité des désarticulations dans beaucoup de cas, mais qu'elle ne saurait justifier la proposition beaucoup trop exclusive de renoncer à la résection articulaire et à l'amputation dans la continuité.

8 mai. — L'honorable chirurgien de Toulon, M. Roux, s'est attaché, en premier lieu, à caractériser les trois périodes de l'ostéomyélite. Suivant lui, l'induration des parties molles, l'inflammation phlegmoneuse, les suppurations, les douleurs, les modifications des mouvements, enfin les phénomènes généraux, présentent des caractères particuliers à chacune de ces trois périodes, et permettent de les distinguer entre elles. — M. J. Roux maintient que l'ostéomyélite est inévitable à la suite de toutes les lésions quelque peu graves des os par armes à feu ; les faits cliniques le prouvent. Quant à l'ostéomyélite suppurée, M. J. Roux convient qu'elle n'exige pas toujours l'amputation. — Les statistiques fournies par MM. Larrey et Legouest sont défavorables aux désarculations, et favorables, au contraire, aux amputations dans la continuité ; elles sont donc en opposition formelle avec les résultats obtenus à Toulon. Mais, pour être concluantes, ces statistiques devraient être complétées par deux renseignements qui leur manquent ; il faudrait savoir : 1° si les amputations et les

désarticulations ont été pratiquées dans la continuité de l'os lésé, dans la jointure immédiatement supérieure, ou bien dans le segment du membre supérieur à la lésion, dans une articulation plus éloignée encore ; 2° si ces amputations ont été faites dans la phase phlegmoneuse ou dans la phase d'ostéomyélite. — M. J. Roux, termine en répétant qu'il a perdu récemment 6 malades sur 8, en opérant dans la continuité de l'os atteint, et qu'il a été contraint d'en opérer 2, tandis que 22 désarticulations ont toutes réussi, succès tel que le hasard ou le bonheur seuls ne peuvent en produire de pareils en chirurgie.

M. *Robert* a effleuré la plupart des questions soulevées par M. J. Roux, mais l'orateur a surtout discuté le précepte pratique de ce chirurgien ; l'attaquant par sa base, il ne pense pas que M. J. Roux soit suffisamment autorisé à décrire comme des ostéomyélites plusieurs des pièces pathologiques qu'il a considérées comme telles, et sur lesquelles il s'est appuyé pour préférer le sacrifice d'un os en totalité à l'amputation dans la continuité. Quant aux succès merveilleux que la mise en pratique de cette règle a donnés à M. J. Roux, M. Robert croit qu'ils sont trop merveilleux pour qu'on puisse espérer qu'ils se reproduiront en pareille circonstance. Il se demande comment il se fait que tous ces opérés, qui n'ont couru aucun danger du côté des os, ont pu échapper aux autres causes de mort, dues aux érysipèles, aux phlegmons diffus, aux hémorrhagies, à la pourriture d'hôpital, etc. — L'orateur se croit d'autant plus fondé à faire ces réserves, que, dans le travail de M. J. Roux, se trouve un relevé de 6 amputations pratiquées non dans l'articulation supérieure à l'os blessé, mais dans la continuité de l'os placé au-dessus de celle-ci, c'est-à-dire sur un os non atteint d'ostéomyélite ; et cependant, sur 6 opérés, il y a eu 3 morts. Il pense que des résultats aussi disparates établissent d'une manière évidente que dans le groupe de 22 guérisons sur 22 opérés, il y a eu une de ces séries heureuses dont tous les chirurgiens ont vu des exemples, tandis que dans la catégorie de 3 morts sur 6 opérés, on voit à peu près les résultats de la pratique ordinaire. — M. Robert se résume en ces termes : — « Les faits contenus dans l'intéressant travail de M. Roux ne sont ni assez nombreux ni assez probants pour établir que dans les amputations tardives que nécessitent les coups de feu, dans les fractures graves, il faille désarticuler l'os malade, et renoncer soit aux résections, soit aux amputations dans la continuité. » — Le discours de M. *Jobert* s'est terminé par une conclusion à peu près identique ; seulement M. Jobert a cherché à renverser aussi bien l'histoire de l'ostéomyélite, telle que l'a tracée M. Roux, que le précepte qui en découle. Il a nié résolûment l'existence des deux premières phases de l'ostéomyélite, et, après avoir cité une statis-

tique très-favorable des désarticulations qu'il a pratiquées lui-même, il en a signalé vivement les dangers d'une manière générale. — M. *Larrey*, après avoir remercié M. Roux des restrictions qu'il a déjà apportées aux opinions primitivement exposées dans son mémoire, s'est borné à faire remarquer que les explications données par M. Roux ne sont pas de nature à éclairer beaucoup le diagnostic de l'ostéomyélite ; que, d'une autre part, l'existence d'une ostéomyélite ne peut être toujours une raison d'amputation, l'ostéite et l'ostéomyélite étant des phénomènes parfois nécessaires et salutaires à la suite d'un grand nombre de lésions traumatiques. — M. Larrey déclare, en outre, que les diverses altérations des os, rattachées par M. Roux à l'ostéomyélite, ne lui paraissent pas appartenir toutes à cet état pathologique. Il pense, en définitive, que lorsqu'une amputation consécutive est nécessaire, s'il y a danger à opérer dans la continuité de l'os et si l'articulation nécessaire n'est pas trop éloignée, c'est dans cette articulation qu'il faut amputer, à moins qu'il ne s'agisse du coude ou du genou. — M. Larrey maintient, en terminant, les conclusions dans lesquelles il a résumé son premier discours.

15 *mai*. — M. J. Roux, sur sa demande, était autorisé à résumer la discussion précédente; il en a profité pour répondre aux diverses objections soulevées dans la dernière séance par MM. Robert et Jobert. C'est ainsi qu'il se rappelle que M. Robert lui a reproché de se trop préoccuper de l'ostéomyélite et de ses dangers ; que, pour lui, il avait fait souvent avec succès : 1° des amputations primitives, alors que la moelle était rouge, que les articulations supérieures et les inférieures contenaient de la sérosité sanguinolente; 2° des amputations consécutives malgré l'état de rougeur et de ramollissement de la moelle, l'amincissement de l'os, etc. — M. J. Roux pense que M. Robert a amputé des blessés après des lésions traumatiques récentes, pendant l'*ecchymose* de la moelle, et non pendant son inflammation, ce qui est tout différent. M. Robert a amputé en outre, pour des lésions organiques, des malades qui ne présentaient pas l'ensemble des signes de l'ostéomyélite à la deuxième période, ce qui expliquerait ses succès. — M. Roux croit que M. Robert a dû perdre un grand nombre des opérés chez lesquels la scie a porté sur des parties d'os aminci, à canal médullaire agrandi, à moelle rouge et ramollie, lésions qui inspirent en général aux chirurgiens les plus grandes craintes. Il réfute ensuite l'argument d'après lequel M. Robert présente comme étant dus à un heureux hasard les vingt-deux succès obtenus à Saint-Mandrier pour des amputations secondaires dans l'articulation ; il explique encore comment tous ses opérés, qui n'ont couru aucun danger du côte des os, ont pu échapper aux autres causes de mort dues aux éry-

sipèles, aux phlegmons diffus, aux hémorrhagies, à la pourriture d'hôpital, à l'infection purulente, etc. — L'orateur, répondant ensuite aux objections de M. Jobert de Lamballe, qui n'admet ni la première ni la seconde période de l'ostéomyélite, dit que les caractères de ces périodes ont été très-bien vus et étudiés sur des blessés qui avaient succombé à des affections intercurrentes. C'est ainsi qu'on a pu faire l'histoire de ces périodes. Du reste, puisque M. Jobert admet la troisième période ou de suppuration, il admet par là même les deux premières, qui précèdent nécessairement la formation du pus, à savoir, l'hyperémie et l'inflammation. — M. J. Roux, craignant que l'on ait donné aux préceptes qu'il a formulés une valeur plus absolue qu'il n'a entendu leur en donner, rappelle ce qu'il a dit, c'est que, dans les amputations secondaires après les coups de feu et dans la phase d'ostéomyélite, l'amputation dans la continuité est *l'exception* et la désarticulation la *règle ;* la résection suit la même loi. » —« En résumé, dit M. J. Roux, puisqu'on n'a pas trouvé dans les musées des os anciennement frappés par des balles sans traces d'ostéomyélite, puisqu'on n'a pas trouvé d'observations cliniques d'insuccès dans les articulations, de succès dans les amputations de l'os lésé, pratiquées dans les conditions spéciales que j'ai signalées, les bases de mon travail n'ont pas été ébranlées, et je dois maintenir mes conclusions. »

Quelques considérations pratiques sur les amputations, et spécialement sur l'amputation sus-malléolaire, par M. Dupont. (Thèses de Paris, n° 196.)

L'auteur a vu, à l'asile de Vincennes, plusieurs opérés arrivés à l'époque de la convalescence ; il a recueilli quelques observations sur les suites des amputations.—Pour l'avant-bras, il semble donner la préférence à la méthode circulaire ; car dans trois cas d'amputation par la méthode circulaire, la cicatrisation a été obtenue en dix-sept, vingt et vingt et un jours. — Dans trois cas d'amputation à lambeaux, en six semaines dans deux cas, et dans le troisième la plaie n'était pas encore cicatrisée au bout de neuf mois. — Quant aux accidents consécutifs, on n'en rencontre aucun dans les trois amputations circulaires. Dans les amputations à lambeaux, il y a eu deux hémorrhagies. — Pour les amputations de la cuisse, sur 26 amputés, nous en avons 18 opérés par la méthode circulaire, et 8 par la méthode à lambeaux, dont 5 par le procédé à lambeau antérieur. Chez les premiers, la cicatrisation s'est faite plus lentement ; la cicatrice est large, le plus souvent adhérente, et l'os vient appuyer sur elle ; la partie postérieure de cette cicatrice est tiraillée par les muscles. Enfin les moignons sont plus douloureux. — Dans les amputations à

lambeaux, et surtout à lambeau antérieur, nous trouvons au contraire l'os recouvert par une sorte de matelas épais, généralement non adhérent. — Enfin, pour les amputations de la jambe, dont M. Dupont s'est surtout occupé, nous trouvons ces conclusions ; elles sont conformes à celles qui ont été formulées par M. Laborie ; elles étaient du reste appuyées sur une partie des faits qui ont servi pour la rédaction de ce travail. — 1° Au point de vue de la gravité, l'amputation sus-malléolaire doit être de beaucoup préférée à l'amputation au lieu d'élection ; — 2° Au point de vue du résultat, on doit préférer la méthode à lambeaux, et, parmi les procédés qui la comportent, celui à lambeau postérieur comprenant le tendon d'Achille. Si ce procédé ne pouvait être employé, on devrait recourir au procédé à deux lambeaux.

Amputation de Chopart, par M. Jobert.
(Académie de médecine, 27 mars.)

M. Jobert présente un pied amputé autrefois par la méthode de Chopart. Ce pied n'a subi aucune déviation en arrière, ce que M. Jobert attribue à la précaution qu'il a prise de tailler en avant un très-large lambeau, afin de laisser la plus grande largeur possible aux tendons des muscles de la région jambière antérieure. De cette façon l'action du tendon d'Achille, qui luxe si souvent le pied dans ce cas, a été contre-balancée. M. Larrey cite à ce propos un fait dans lequel il a pratiqué avec succès la section du tendon d'Achille, pour remédier à une déviation du pied et à une ulcération du moignon, consécutives à une amputation de Chopart.

Amputation de Chopart; section du tendon d'Achille, par M. Bouvier.
(Société de chirurgie, 13 juin.)

Depuis soixante-dix ans que l'amputation de Chopart a été décrite, elle n'a pas encore acquis complétement droit de domicile dans la science et dans la pratique. Ce qui tient à la difficulté de s'opposer à l'élévation consécutive du talon, élévation qui, en faisant porter le moignon sur l'extrémité antérieure du calcanéum, rend la marche plus ou moins pénible ou même impossible. — Les modifications proposées dans la manière de tailler les lambeaux au dos du pied et à la plante, afin de prévenir le renversement du talon, présentent des avantages ; mais elles se sont montrées insuffisantes pour parer à l'élévation du talon. — La section du talon d'Achille peut-elle conduire plus sûrement au but ? — Les effets de cette section dans les diverses sortes de pied équin jettent quelque jour sur cette question. — Toutes les

fois qu'après la guérison du pied équin par la ténotomie, les muscles antérieurs ou fléchisseurs du pied restent paralysés ou beaucoup plus faibles que les extenseurs, ceux-ci se rétractent de nouveau et reproduisent l'équinisme, à moins que, par des moyens de prothèse, on ne supplée pendant toute la vie au défaut d'action des fléchisseurs. — On voit, dans d'autres cas, un accident tout opposé : les extenseurs restent trop faibles, trop allongés après la ténotomie ; ce sont les fléchisseurs qui prédominent, et il se produit une difformité en sens contraire, une flexion exagérée, permanente, un talus. Cela arrive surtout quand, par trop de flexion, on a trop écarté les bouts du tendon, et que les muscles fléchisseurs conservent une certaine énergie. — Il serait à désirer qu'on pût obtenir un pareil talus au moyen de la section du tendon d'Achille, quand le pied est réduit, par l'amputation de Chopart, au calcanéum et à l'astragale. — Malheureusement le moignon est généralement dans les conditions des pieds équins à muscles antérieurs paralysés, et l'analogie porte à penser qu'en dépit de l'écartement produit entre les bouts tendineux, la rétraction de la cicatrice qui les unit, la contraction incessante du muscle lui-même, qui n'est pas contrebalancée par celle de ses antagonistes, doivent entraîner peu à peu le talon en haut, comme dans la récidive des pieds équins avec paralysie des fléchisseurs. — Il faudrait d'ailleurs, pour donner au moignon la position du talus, l'emploi d'une puissance mécanique capable de relever fortement son extrémité antérieure; or, les longues compresses, les bandelettes agglutinatives conseillées dans ce but, ne produisent qu'une flexion médiocre, et les moyens mécaniques proprement dits sont ici d'une application fort difficile. — Aussi l'expérience a-t-elle été jusqu'à présent peu favorable à la ténotomie pratiquée pour remédier à l'élévation du talon, après l'amputation de Chopart. — Sera-t-on plus heureux en pratiquant, comme l'a fait M. Huguier, une sorte de ténotomie *préventive*, en divisant le tendon d'Achille en même temps que l'on ampute le pied? M. Bouvier pense que les conditions fâcheuses qui ont nui au succès de la ténotomie dans les cas rappelés subsistent en partie dans cette nouvelle manière de procéder; il faut attendre et voir l'effet du temps avant de proclamer le résultat.

Trois cas d'amputation de Pirogoff.
(The Lancet; Gazette médicale, p. 189.)

Obs. I. — (Par M. Fergusson.) Quatre mois après l'opération, le chirurgien fut obligé d'extraire le calcanéum, et malgré cela les fistules osseuses persistèrent. — Obs. II. — (Par le même.) Trois mois après l'opération, il y avait encore deux fistules,

mais le moignon pouvait supporter une pression énergique. — Obs. III. — (Par M. Partridge.) C'était un enfant de cinq ans qui avait une carie astragalo-calcanéenne. Deux mois après l'opération, il était complétement guéri. Au troisième mois, il marchait sans appui avec une botte de *gutta-percha*.

Amputation tarso-métatarsienne. (Société de chirurgie, 27 juin.)

Conicité du moignon. — Rétraction du tendon d'Achille. — Section de ce tendon. — Amélioration de l'attitude du pied.

Cette observation a été citée par M. Verneuil, dans la discussion sur la rétraction du tendon d'Achille.

Amputation sus-astragalienne, par M. Laborie. (Société de chirurgie, 25 avril.)

Cette observation est la même que celle de M. Foucher, que nous avons donnée ci-dessus.

Considérations sur l'opportunité et les indications de la désarticulation sous-astragalienne, par M. Nélaton. (Gazette des hôpitaux, p. 125.)

Une observation de phlegmon profond du pied ; à propos de ce malade, M. Nélaton a discuté les différentes amputations que l'on peut pratiquer en pareil cas ; il donne la préférence à l'amputation sous-astragalienne, qui donne d'excellents résultats ; la surface inférieure de l'astragale, bien qu'elle soit fort irrégulière, se nivelle, après l'opération, d'une manière vraiment surprenante ; au bout d'un certain temps, cette face de l'os présente une disposition parfaite pour supporter le poids du corps. Quant aux parties molles qui se trouvent en contact avec le sol, elles remplissent parfaitement ce but, puisque l'on conserve la peau très-épaisse du talon, ainsi que le coussinet fibro-graisseux qui la double. — La méthode la plus usitée et qui donne le meilleur résultat est la méthode de M. J. Roux.

Deux cas d'amputation du pied par M. Pirogoff, par MM. Masch et Aghdown. (Medical times and Gazette, 7 juillet; Gazette hebdomadaire, p. 589.)

Ces deux observations sont rapportées, parce que, les opérés ayant été vus longtemps après, on a pu s'assurer que le résultat définitif était excellent.

Du mode de pansement des amputations des membres proposé par M. Laugier. (Gazette des hôpitaux, p. 550.)

Dans cet article, M. Foucher fait connaître que, dans un cer-

tain nombre d'amputations, il a employé le pansement proposé par M. Laugier (*Annuaire*, t. III, p. 401) ; il a reconnu à ce procédé les avantages que M. Laugier avait fait ressortir.

Déformation considérable des os du squelette chez un sujet atteint depuis longtemps d'atrophie musculaire, par M. Le Gendre. (Société de biologie ; Gazette médicale, p. 365.)

Arrachement partiel du doigt indicateur et de la totalité du tendon du fléchisseur profond, par M. Larrey. (Société de chirurgie, 3 octobre.)

Cet arrachement a été produit par la bride d'un cheval. La mutilation ne fut suivie d'aucune hémorrhagie ; la plaie du tégument était très-nette.

Plaies contuses des doigts, par M. Jamain. (Gazette des hôpitaux, p. 550.)

Amputation. — Phlegmons profonds de l'avant-bras.

Cicatrisation d'une plaie ancienne du crâne, avec lambeau osseux, par M. Larrey. (Société de chirurgie, 5 septembre.)

Rupture du muscle droit antérieur de l'abdomen du côté gauche, par M. Legouest. (Gazette des hôpitaux, p. 301.)

Ces observations sont rares ; dans le cas présent, la rupture a été produite par un violent effort musculaire. — On sentait un caillot sanguin. — La guérison a été obtenue par un régime approprié et des applications d'eau blanche.

Quelques mots sur les plaies par armes à feu, par M. Rith. (Thèses de Paris, nº 165.)

Plaie d'arme à feu de l'épaule gauche, par M. Gourbeil. (Union médicale, t. VII, p. 531.)

Fracture en étoile de la tête et du tiers supérieur de l'humérus ; désarticulation scapulo-humérale ; accès de fièvre pernicieuse ; guérison.

Du traumatisme produit par l'explosion des mines, par M. J. Rochard. (Union médicale, t. VII, p. 513.)

L'explosion peut blesser les travailleurs de deux manières différentes, à distance, par les fragments de rocher qu'elle lance dans tous les sens, de près, par la projection qui s'opère par son

ouverture même et dans la direction du canal qu'elle représente et qui se compose de graviers, de petits cailloux, de terre durcie mêlée à la portion de poudre échappée à la combustion. Une mine est à peu près dans le cas d'une bouche à feu qui éclate et qui blesse en même temps ceux qui sont devant elle et ceux qui se trouvent sur les côtés. Les blessures dues à la première de ces causes sont des contusions, des écrasements, des fractures qui n'offrent rien de particulier ; dans le second cas, on a des brisures et la pénétration dans les tissus, à une grande profondeur le plus souvent, de graviers, petits cailloux, etc. — Il est urgent d'enlever ces corps étrangers. Lorsqu'on les a retirés, la plaie se déterge, suppure et se cicatrise assez rapidement ; dans le cas contraire, le gonflement ne tarde pas à fermer le canal d'entrée. Chacun des corps étrangers laissés dans la profondeur des tissus détermine la formation d'un petit abcès qui se vide parfois par l'ouverture d'entrée, mais qu'il faut le plus souvent ouvrir avec la lancette. A la paupière supérieure, ces abcès amènent souvent des décollements étendus. Après la guérison, le visage est criblé de petites taches noires et de cicatrices analogues à celles de la variole.

Une observation ayant pour titre : *Lésion simultanée de la jugulaire interne et de la carotide primitive droites, par un fragment de pierre. Ligature de la carotide. Mort.*

Coup d'œil sur les blessures produites par les explosions qui ont lieu pendant qu'on charge le canon, par M. Cortese. (Bulletin de Thérapeutique, LIX, p. 512.)

Ce genre de blessures, bien étudié par M. Cortese, se produit principalement aux derniers coups, si le canonnier a omis de bien nettoyer le fond de la pièce. S'il y reste quelque matière inflammable, elle prend feu au moment où l'on donne lieu à la production d'un courant d'air en poussant la nouvelle charge. Celle-ci s'enflamme, et, le coup partant avant qu'on ait retiré le refouloir, le canonnier est atteint à la main. — La particularité vraiment digne d'attention dans ce traumatisme, c'est le degré extraordinaire de commotion dont il s'accompagne, et la hauteur à laquelle cette commotion remonte habituellement. En pareil cas, il faut toujours examiner avec soin le membre, se défier du premier coup d'œil, être très-réservé sur le pronostic, et se décider plus facilement à amputer, et à amputer plus haut que dans les autres plaies par arme à feu. Il est remarquable que, lors même que la diaphyse des os de l'avant-bras est intacte, il y a presque constamment quelque lésion de continuité ou de contiguïté dans l'articulation huméro-cubitale. — M. Cortese va même jusqu'à ériger en principe ce fait, que moins la main est

profondément compromise, plus l'existence de désordres lointains est présumable. Si le carpe est brisé, ou si le poignet est luxé, on peut en conclure que l'agent vulnérant a épuisé son action à opérer cette solution de continuité. Si, au contraire, l'articulation radio-carpienne a résisté, elle a servi à transmettre dans son entier l'action de la puissance traumatique, effet qui alors a lieu surtout par l'intermédiaire du radius. Dans ce cas, la région du coude est ordinairement le siége d'altérations profondes.

Des causes qui retardent ou empêchent la guérison des plaies, par M. Bourgarel. (Thèses de Paris, n° 206.)

Piqûres de sangsues et collodion, par M. Martin. (Bulletin de thérapeutique, t. LVIII, p. 224.)

L'auteur a observé que le collodion pouvait remplacer avec avantage les divers moyens mis en usage en pareil cas. Quelques couches de cette préparation ferment promptement l'ouverture des piqûres de sangsue, en les mettant à l'abri du contact de l'air.

Autoplastie par adossement des lambeaux et suture enchevillée en broche, par M. Reybard. (Société de chirurgie, 11 janvier.)

Cette autoplastie et cette suture sont deux opérations complémentaires. Voici en quoi consiste le procédé : — De chaque côté de l'ouverture fistuleuse on fait deux incisions à la peau, qu'on dissèque et dont on forme deux lambeaux d'étendue variable, suivant les cas. Ces lambeaux sont ensuite appliqués l'un contre l'autre par leur surface saignante. Il n'y a, comme on le voit, entre cette manière de faire et le procédé si souvent suivi qui consiste à rapprocher par leurs bords des lambeaux taillés de la même façon, qu'une différence de degré plutôt qu'une différence capitale. Le moyen employé par M. Reybard pour maintenir l'adossemement de ces lambeaux n'est aussi, comme il le dit lui-même, que l'assemblage de la suture entortillée et de la suture enchevillée. Il se compose, en effet, des éléments de chacune d'elles, à savoir : de deux chevilles en forme d'attelles, d'aiguilles et de fils. Les attelles sont faites d'une substance capable de se laisser traverser par les aiguilles (caoutchouc, liége, cuir, etc.). Elles ont la forme d'un prisme triangulaire dont les faces ont une étendue en rapport avec l'étendue suivant laquelle ces lambeaux doivent être adossés. Les aiguilles, enfoncées par le sommet d'un de ces prismes, en traversent la base, traversent les deux lambeaux et la base de l'autre prisme, par le sommet duquel elles émergent. Autour de ces aiguilles sont ensuite passés,

comme autour des épingles dans les sutures entortillées, des fils qui assujettissent les deux attelles. — Par cette double modification, M. Reybard espère éviter le principal écueil qu'on rencontre dans le traitement des fistules, à savoir, l'obstacle que la présence des matières excrémentitielles apporte à la réunion. La compression uniforme et modérée des lambeaux dont une notable étendue suffit, à son avis, pour préserver ceux-ci du contact des liquides irritants. Notons cependant que, malgré cette confiance dans l'adossement, M. Reybard n'a pas jugé inutile d'imaginer un moyen de préserver ces lambeaux du contact de l'urine dans les cas des fistules urétrales. Il insiste sur ce moyen lorsqu'il s'occupe en particulier des fistules de l'urètre. Son mémoire se termine, en effet, par l'examen des applications particulières de son procédé au traitement des anus contre nature, des fistules urétro-vésico ou recto-vaginales, etc., toutes lésions qui peuvent, dit-il, « être *adjugées* » à son autoplastie et à sa suture.

Des perfectionnements apportés à l'autoplastie de la main ; observation de chiroplastie par un procédé nouveau, par M. Courty. (Montpellier médical ; Gazette médicale, p. 289.)

L'auteur rapporte une observation ; il résume ainsi la substance de son travail : — Les difformités produites à la main par la rétraction de fortes cicatrices ne peuvent être guéries que par l'ablation des cicatrices. — La perte de substance qui résulte de cette ablation doit être comblée par l'application de lambeaux autoplastiques. — Il est plus facile de tailler et de mobiliser ces lambeaux sur le dos et les faces latérales de la main et des doigts que sur leur face palmaire. Il est évident qu'on devrait néanmoins la chercher sur la face palmaire, si la rétraction des doigts portait sur leur face dorsale. — Le mode autoplastique peut tenir à la fois de la méthode française et de la méthode indienne. — Lorsqu'on manque d'étoffe, il faut sacrifier un ou plusieurs doigts, en conservant leurs téguments, pour en faire des lambeaux destinés à réparer les pertes de substance, et restituer au reste de la main une partie de ses fonctions.

Autoplastie de la main, par M. Benoît.
(Montpellier médical, t. V, p. 349.)

M. Benoît rapporte une observation dans laquelle on voit l'application d'un des principes posés ci-dessus par M. Courty, à savoir : celui qui commande le sacrifice d'une partie devenue inutile ou nuisible, tout en conservant sa dépouille cutanée, afin d'en revêtir d'autres parties qui, grâce à cet emprunt, sont rendues à leurs libertés et à leurs fonctions naturelles.

Dans l'observation de M. Benoît, c'est le petit doigt qui a été enlevé et dont les parties molles ont servi à l'autoplastie.—Succès.

Syndactylie opérée avec succès par un nouveau procédé, par M. Fano. (Union médicale, t. VIII, p. 406.)

Vice de conformation : une bride relie entre eux le médius et l'annulaire, s'étendant jusqu'à l'articulation de la première avec la deuxième phalange. Voici comment a opéré M. Fano : Une première aiguille légèrement recourbée entraînant un fil ciré traverse le pli cutané vers la partie antérieure et près du bord radial du médius. Un second fil est placé de la même façon vers l'union de la première avec la deuxième phalange. Deux autres fils sont ensuite passés sur deux points diamétralement opposés vers le bord cubital de l'index. Les chefs de ces divers fils sont confiés à un aide. Au moyen d'un bistouri à lame droite, M. Fano coupe d'avant en arrière et perpendiculairement le pli cutané dans l'intervalle des fils jusqu'à la racine des doigts. Les chefs de chacun des fils sont alors noués de façon à affronter les lèvres des plaies correspondant d'une part à l'index, de l'autre au médius, par deux points de suture simple pour chaque doigt.

Rétraction des doigts et de la main par lésion du filament nerveux après une saignée, par M. Borelli. (Gazetta medica italiana, stati Sardi ; Gazette médicale, p. 11.)

Section sous-cutanée de nerf lésé ; guérison.

Recherches sur la production du pus, par M. Rindfleisch. (Archiv fur pathologische anatomie; Gazette médicale, p. 720.)

Pour arriver à rechercher l'origine du pus, l'auteur a cautérisé avec un crayon de pierre infernale finement taillé, la cornée transparente des grenouilles. Pour empêcher le nitrate d'argent de se répandre sur l'œil, il faisait fixer la membrane clignotante et lavait l'œil avec une solution de sel de cuisine. Au bout de vingt-quatre heures, ordinairement, il se formait autour du point cautérisé une sorte de halo ; le pus finissait par s'amasser vers la membrane de Demours, et par pénétrer dans la chambre antérieure. Si l'on pratique des coupes suivant l'épaisseur de la cornée, on peut voir que les prolongements horizontaux des cellules cornéennes sont très-élargis et remplis de noyaux en voie de multiplication. Plus tard, les corpuscules du tissu connectif s'étranglent et se séparent en un grand nombre de cellules distinctes, contenant un ou plusieurs noyaux. Tous les prolongements cellulaires se remplissent ainsi de noyaux, puis s'étranglent pour constituer des corpuscules purulents.

Recherches sur la coloration bleue et verte qu'on observe au voisinage des plaies, et qu'on a souvent confondue avec la suppuration bleue des auteurs, par M. Chalvet. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 225, et Gazette hebdomadaire, p. 616.)

M. Chalvet fait l'historique complet de la question ; ses recherches très-bien faites l'ont amené à dire : « Il me paraît nécessaire de reconnaître des origines différentes à la suppuration bleue des auteurs. Ces différences d'origine expliqueraient la divergence d'opinion de ceux qui l'ont étudiée. Ces productions bleues et vertes, qui se développent si rapidement sur les appareils des pansements, dans certaines conditions d'ancienneté et d'humidité des plaies, me paraissent tenir à la présence d'une algue microscopique du genre palmella. Ce végétal, primitivement vert, produirait une coloration bleue sous certaines influences qui nous sont inconnues et à une température déterminée; mais il se passerait là un phénomène analogue à celui qu'on observe pour ces autres algues colorées qui sont vertes dès le principe. — Comme la plupart de ceux qui ont étudié la même question, nous sommes resté convaincu devant les faits que ce phénomène n'a pas de signification au point de vue du pronostic. »

Recherches sur la matière colorante des suppurations bleues; pyocyanine, par M. Fordos. (Académie des sciences, 6 août.)

Le pus présente dans certains cas, assez rares, la propriété très-remarquable de colorer en bleu les linges à pansement. La cause de ce phénomène a déjà été étudiée par les chimistes, et des opinions très-diverses ont été émises pour l'expliquer. J'ai été, dit l'auteur, conduit dès le début de mes recherches, qui datent depuis quelques années, à considérer comme une matière colorante spéciale la substance qui produit cette coloration, et j'ai proposé de la désigner sous le nom de *pyocyanine*. J'ai réussi depuis lors à l'obtenir cristallisée. — La pyocyanine est d'une couleur bleue plus ou moins foncée; examinée au microscope, elle présente des cristaux prismatiques bleus. Elle est soluble dans l'eau, l'alcool, l'éther et le chloroforme. La dissolution aqueuse est décolorée par le chlore; les acides la rougissent et les alcalis lui rendent sa couleur bleue. — La pyocyanine paraît devoir être considérée comme une base organique pouvant produire avec les acides des combinaisons rouges. — Elle diffère complétement de la *biliverdine*, que l'on a considérée comme le principe colorant des *suppurations bleues ;* elle diffère aussi de la *cyanourine* trouvée dans un dépôt urinaire bleu par Braconnot, ainsi que de la *matière bleue* rencontrée dans la bile par M. Chevreul, et dans le sang par M. Lecanu.

Suppuration bleue, par M. Delore. (Académie des sciences, 20 août.)

A propos du mémoire de M. Fordos, M. Delore dit qu'il croit avoir démontré que le principe colorant bleu ou vert tient à une substance particulière qu'il a appelée *cyanopyine*. Il a indiqué ses divers modes d'extraction, sa solubilité dans l'eau, l'alcool, l'éther, le chloroforme, la manière dont elle se comporte vis à vis des acides et des alcalis. Il a cherché à distinguer la *cyanopyine* de la *biliverdine* et de la cyanourine, tout en lui attribuant une origine commune, l'*hématine*. Il a établi par des faits que le principe colorant avait pour origine une modification inconnue de la plaie qui suppure, mais que le contact de l'air était une condition indispensable de manifestation.

Du principe colorant des suppurations bleues, par M. Delore. (Gazette médicale de Lyon, p. 253.)

Ce mémoire contient le développement des idées émises dans la note précédente ; il y a en outre plusieurs observations.

Action des désinfectants sur la cicatrisation des plaies, par M. Velpeau. (Académie des sciences, 13 février.)

Dans son rapport général sur les préparations désinfectantes, M. Velpeau résume de la manière suivante le côté expérimental de la question. — 1° Le coaltar mêlé au plâtre, selon la formule de M. Corne, peut désinfecter les matières organiques en putréfaction. Mêlé dans les vases aux déjections alvines, cette poudre, faisant disparaître la mauvaise odeur, permet d'espérer qu'à son aide l'industrie opérera un jour des réformes profondes dans nos systèmes actuels de latrines et de vidange ; sous ce rapport, la terre ordinaire, la poussière ou le sable, substitués au plâtre, comme le préfère M. Cabanes, de Béziers, sont pour le moins aussi efficaces. — 2° Appliqué à la thérapeutique, selon la proposition de M. Demeaux, le coaltar plâtré n'a tenu qu'une partie de ses promesses. Comme désinfectant dans les salles d'autopsie, dans les lits des gâteux, partout où il y des matières infectes, ses propriétés sont incontestables. Il en est de même pour les foyers putrides et gangréneux, pour les suppurations fétides, pour les plaies sanieuses, les cavernes ichoreuses, la pourriture d'hôpital, les clapiers putrilagineux ; mais sur les plaies à nu, les plaies et les ulcères ordinaires, les autres topiques doivent lui être préférés. A cet égard, nos conclusions d'aujourd'hui diffèrent à peine de celles qui terminaient notre appréciation du 25 juillet 1859. — 3° Associé à la charpie, au linge, aux pommades, au cérat, comme l'indique M. Demeaux, il ne nous a donné

aucun résultat utile, et rien ne prouve que, pris à l'intérieur, il ait produit le moindre bien jusqu'ici. — 4° Comme absorbant, il laisse aussi beaucoup à désirer, quoiqu'il ne soit pas sans action. En cataplasmes surtout, il n'absorbe que très-incomplétement. Du reste, le coaltar, mêlé à la terre ou à d'autres poudres absorbe encore moins que le topique Corne, et n'est guère applicable sous cette forme à la thérapeutique, à en juger par nos propres recherches. — Les liquides anormaux, il ne faut pas l'oublier, le pus en particulier, sont des composés très-différents de l'eau. Telle substance, le plâtre, par exemple, qui absorbe l'eau avec force, peut très-bien ne point s'imbiber de pus. Il n'est pas moins vrai cependant qu'en poudre ou en cataplasmes, le coaltar plâtré rend quelques services à titre d'absorbant dans les plaies et les suppurations fétides ou putrides. — 5° La cellulose et la poudre d'amandes, la glycérine et l'eau de laurier-cerise, le chlorate de potasse uni au talc, à l'argile, à la marne, au kaolin, ne sont ni assez efficaces ni d'un emploi assez commode pour rester dans la pratique, tels qu'ils ont été proposés. — 6° La saponine et le coaltar ne nous ont pas semblé former un topique préférable à beaucoup d'autres liqueurs connues dans le pansement des plaies, à la teinture d'aloès, par exemple. — Nous en dirons autant du coaltar mêlé au charbon, indiqué par M. Herpin; le gaz carbonique ne semble pas devoir être employé non plus, à moins de procédés nouveaux susceptibles d'en rendre l'usage facile. — 7° La poudre du boghead ne serait utile qu'à défaut de coaltar plâtré; et le charbon à enveloppe spongieuse ne se moule pas assez bien sur les cavernes, sur les anfractuosités, pour entrer dans la pratique générale. — 8° Par son bas prix, par son action à la fois douce, absorbante et désinfectante, ainsi que par ses propriétés siccatives, la poudre de bismuth rendra de véritables services à défaut de poudre ou de cataplasme au coaltar plâtré. Il est même préférable à ces derniers quand les plaies ou les blessures sont accompagnées ou entourées de chaleur ou d'irritation. — 9° La teinture d'iode et le perchlorure de fer sont plutôt des modificateurs de la surface des plaies, de foyers purulents, que des absorbants et des désinfectants. Ils ont leur application spéciale en chirurgie, et sous ce rapport les noms de MM. Boinet et Marchal (de Calvi) ne seront pas séparés de ceux de quelques autres praticiens; mais de tels agents ne sont pas comparables au coaltar plâtré. — 10° L'éponge imbibée d'eau chlorurée, telle que la propose M. Hervieux, est de nature aussi à rendre quelques bons offices dans les clapiers blafards, dans les foyers gangréneux.

De la suppression de la suppuration et de la désinfection absolue des plaies par l'application permanente à leur surface d'une éponge

imbibée d'eau chlorurée, par M. Hervieux. (Union médicale, t. VIII, p. 164.)

Voici les avantages de ce mode de traitement : — L'application permanente de l'éponge imbibée d'eau chlorurée à la surface des plaies suppurantes graves a pour effet de transformer ces dernières en plaies constamment fraîches, vermeilles, exemptes de fongosités exubérantes et de toute trace de suppuration. — En même temps que ce mode de traitement supprime l'acte suppuratif, il favorise le travail cicatriciel, qui n'est jamais plus régulier, plus ferme et plus irréprochable qu'en l'absence de toute suppuration. — L'application de l'éponge imbibée d'eau chlorurée sur les plaies suppurantes graves résout par la négative la question de savoir si la suppuration est le moyen dont se sert la nature pour réparer, selon l'expression de Bérard, la lésion physique infligée aux parties vivantes. — Parmi tous les désinfectants des plaies suppurantes imaginés jusqu'à ce jour, il n'en est pas de plus efficace que l'éponge imbibée d'eau chlorurée, puisqu'elle supprime la source même de la fétidité, c'est-à-dire la suppuration et ses produits. — A l'exception des plaies et des ulcères entretenus par une affection osseuse, lesquels ne semblent pas s'accommoder de notre système de pansement, l'éponge imbibée d'eau chlorurée ne détermine aucune irritation appréciable sur les surfaces malades ni sur les parties environnantes ; pas d'érythème, pas d'érysipèle, pas d'éruption miliaire ; aucune trace d'inflammation. — C'est au traitement de la gangrène phagédénique, des escarres qui succèdent aux fièvres graves, des ulcères eczémateux, scrofuleux ou ostéopathiques, de la pourriture d'hôpital, de la déchirure périnéale, et en général de toutes les plaies suppurantes de mauvaise nature qu'on appliquera avec le plus d'avantage l'éponge imbibée d'eau chlorurée.

Note sur la préparation de la charpie désinfectante (plâtre koalté), par M. Demeaux. (Union médicale, t. VII, p. 153.)

Bons effets du sous-nitrate de bismuth comme traitement des plaies produites par les brûlures, par M. Velpeau. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, janvier.)

M. Velpeau a constaté que le sous-nitrate de bismuth constituait un des topiques les plus favorables à la cicatrisation des plaies, et il a été conduit à le mettre en usage dans le traitement des ulcérations qui succèdent aux brûlures.

De l'action de l'air sur les plaies, les ulcères et les foyers purulents, par M. Blanc. (Thèses de Montpellier pour l'agrégation, in-8, 136 pages.)

De l'emploi du papier huilé dans les pansements, par M. Gauthier. (Echo médical, janvier.)

Il faut prendre du papier de soie de bonne qualité, quelle que soit sa couleur. Pour rendre le papier imperméable, il faut l'enduire d'une couche d'huile de lin siccative, à laquelle on a fait subir une préparation pour qu'elle puisse arriver à une dessication prompte et complète. Cette préparation consiste à faire bouillir l'huile pendant une heure ou deux avec une certaine quantité de litharge, d'acétate de plomb (ou bien de terre d'ombre brûlée), plus un peu de cire et de térébenthine. Les proportions de ces différentes substances ne sont pas données très-exactement. M. Gauthier a essayé lui-même de fabriquer un papier huilé avec les mêmes substances. Voici les proportions qu'il indique comme lui ayant parfaitement réussi :

Huile de lin.....		3 litres.
Acétate de plomb.		
Litharge.....	ââ.	30 grammes.
Cire jaune.		
Térébenthine.....	ââ.	15 —

Le papier huilé ainsi obtenu, dit M. Gauthier, offre la plus grande ressemblance avec le taffetas ciré ; aussi transparent, presque aussi solide, il est plus souple et plus léger. La feuille nous en est revenue à moins de 4 centimes, et cependant nous n'en avons préparé qu'une petite quantité ; fabriqué en grand, il serait encore moins coûteux. — Dans le nouvel hôpital qui vient de se former à Plainpalais, nous avons eu l'occasion d'employer plusieurs fois déjà ce papier, dans le but d'envelopper des pansements humides, et il nous a rendu les mêmes services que le taffetas ciré.

Considérations sur l'étiologie et le traitement de la pourriture d'hôpital, particulièrement par le perchlorure de fer, par M. Albespy. (Thèses de Paris, n° 98.)

Jusqu'ici les deux agents les plus actifs et les plus sûrs contre la pourriture d'hôpital sont le *fer rouge* et le *perchlorure de fer*. — L'auteur pense que celui-ci a des avantages sur le premier, parce qu'il est liquide, et que cela le rend d'une application facile dans les trajets fistuleux ; qu'il ne produit pas d'escarres, ce qui permet son emploi autour des articulations, aux environs des séreuses, des nerfs, des gros vaisseaux (M. Salleron rapporte six cas où il l'a appliqué quatre fois autour du genou

une fois autour de l'articulation tibio-tarsienne, une fois à la partie antérieure du cou dans une plaie vaste et profonde ; dans tous ces cas, le fer rougi était inapplicable), parce qu'il est désinfectant et que son emploi est suivi d'un dégorgement rapide du fond de la plaie, et qu'on le trouve aujourd'hui facilement. — Que l'application de l'un et de l'autre est d'autant plus efficace, qu'elle est faite plus près du début et plus énergiquement. — Mais comme, après leur application, les plaies déjà infectées ont une tendance singulière à reproduire la pourriture, on devra prendre toutes les mesures nécessaires (propreté, choix du linge à pansement, etc.), pour mettre les malades à l'abri de cette reproduction.

De la pourriture d'hôpital et de son traitement, par M. Bertrand. (Thèses de Montpellier, n° 15.)

De la pourriture d'hôpital, par M. Guillaume. (Thèses de Paris, n° 238.)

De l'emploi du perchlorure de fer contre la pourriture d'hôpital et l'infection purulente, par M. Salleron. (Paris, Rozier, in-8, 138 pages.)

Bons effets de l'association de l'alcoolature d'aconit et du sulfate de quinine dans l'infection purulente, par M. Turchetti. (Gazetta medica sarda ; Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 425.)

L'auteur rapporte deux observations qui ne paraissent pas être très-concluantes.

Mémoire sur un fait remarquable de fièvre intermittente pyogénique et dyssentérique, par M. Cocheteux. (Paris, imprimerie Martinet, in-8°, 16 pages.)

Du traitement de l'infection purulente, par M. Blanc. (Thèses de Montpellier, n° 43.)

Voir aussi pour le *tétanos*, même volume, p. 192 et 193.

Tétanos guéri par les injections de sulfate d'atropine, par M. Richard. (Gazette des hôpitaux, avril.)

Une femme était en proie aux accidents les plus violents du tétanos ; l'opium, la belladone et le musc avaient été employés sans succès. M. Pescheux fit, le deuxième jour, une injection le

long des apophyses épineuses, avec du sulfate d'atropine au 100e. Les deux tiers de la seringue de Pravaz furent injectés. Accidents d'intoxication par l'atropine. Le lendemain, amélioration notable; nouvelle injection, nouveaux accidents toxiques, et disparition complète des symptômes tétaniques.

Observation de tétanos traité sans succès par le sulfate d'atropine en injections hypodermiques, par M. Benoît. (Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 226.)

Le traitement a complétement échoué, et cependant les effets physiologiques du sulfate d'atropine ont été produits deux fois. — La première injection a amendé les symptômes tétaniques, qui ont pris une grande intensité dans l'intervalle qui a séparé la première de la seconde injection. L'auteur attribue son insuccès à ce qu'il y a eu un intervalle pendant lequel le malade n'était plus sous l'influence de l'atropine.

Tétanos traumatique traité avec succès par les injections sous-cutanées de belladone, par M. Fournier. (Gazette des hôpitaux, p. 442.)

Tétanos traité sans succès par la belladone et le curare, par M. Gosselin. (Gazette des hôpitaux, p. 317.)

Un malade, atteint de tétanos, a été traité par le sulfate d'atropine d'abord, par le curare ensuite. Ces traitements ont été rigoureusement appliqués ; ils n'ont pu empêcher le malade de succomber.

Fracture de l'orbite et de l'os malaire ; tétanos secondaire ; guérison, par M. Cramer. (Echo médical ; Gazette médicale, p. 656.)

Des maladies charbonneuses, par M. Ancelon. (Echo médical; Gazette médicale, p. 655.)

L'auteur croit qu'elles ne sont pas ordinairement le résultat de la contagion, mais qu'elles ont le plus souvent pour point de départ une intoxication paludéenne. Il les a surtout observées pendant les mois de juillet et d'août, c'est-à-dire à une époque où la haute température est favorable au développement et à l'action des effluves septiques ; il les a vues débuter toujours dans les mêmes localités. Les phénomènes initiaux et les symptômes qu'ils accompagnent, la rapidité de leur marche, le point du tégument souvent caché par les vêtements qu'occupe la tumeur, enfin l'absence de toute épizootie septique, ont été autant

de motifs pour fixer son opinion à ce sujet. — Pour combattre victorieusement l'action du virus carbonculeux, il n'est pas, pour M. Ancelon, de substance médicamenteuse plus efficace que l'ammoniaque. Une sueur éliminatrice, un retour de quelque peu de chaleur dans l'auréole gangréneuse, en signalent bientôt la bienfaisante influence. Mais il faut le manier avec une certaine hardiesse : cinq à six gouttes dans un demi-verre de vin généreux, dans une petite tasse d'infusion aromatique, toutes les heures, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une amélioration sensible. Mais cette amélioration se bornerait à un effort impuissant, si un énergique traitement local ne circonscrivait pas le poison dans une escarre. La cautérisation énergique est nécessaire dans le charbon de cause interne comme dans celui de cause externe. Lorsque M. Ancelon veut détruire une grande surface, il a recours à l'action combinée des incisions et du fer incandescent ; lorsqu'au contraire il veut produire une escarre d'une étendue médiocre, il préfère le beurre d'antimoine concret.

Etudes sur la maladie charbonneuse, par M. Brauel.
(Union médicale, t. V, p. 315.)

Ces recherches sont intéressantes, surtout au point de vue des études sur le sang. — Le sang des animaux (cheval, bêtes à cornes, mouton, hérisson) morts du charbon, présente certaines altérations constantes, dont les unes n'existent jamais, et les autres ne se trouvent pas réunies chez les animaux domestiques morts d'autres maladies. Ce sont : l'état poisseux, collant du plasma ; la mollesse et l'extensibilité des globules sanguins rouges et leur facile destruction par l'eau ; l'augmentation et souvent l'agrandissement de volume des globules blancs ; enfin, la présence de bâtonnets immobiles peu de temps avant ou après la mort. Ces derniers seuls appartiennent exclusivement au charbon. Toutes ces altérations sont généralement le plus marquées dans le sang de la rate, dans lequel on rencontre aussi des molécules vésiculeuses et en forme de poussière.

Mémoire sur le charbon et la pustule maligne, par M. Putégnat.
(Moniteur des sciences médicales, p. 586.)

C'est une analyse et une critique du mémoire de M. Putégnat, faite par M. Boinet. Nous reviendrons sur le travail du médecin de Lunéville.

Traité pratique de la pustule maligne et de l'œdème malin, ou deux formes du charbon externe chez l'homme, par M. Bourgeois. (Paris, J.-B. Baillière et fils, in-8, 325 pages.)

Cet excellent livre contient l'histoire de la pustule maligne et

de l'œdème malin. — La pustule maligne et l'œdème charbonneux sont au fond des affections de *nature identique*. La première est caractérisée au début par une tache, puis une vésicule, se changeant bientôt en une escarre presque toujours très-restreinte; et le second, infiniment plus dangereux encore et heureusement plus rare, consiste primitivement en un gonflement pâle, incolore, tremblotant, sans la moindre douleur. Ce n'est qu'après plusieurs jours et après avoir acquis un développement très-marqué, que ce dernier présente des vésicules et quelquefois des escarres, aux paupières notamment; mais, à son origine, la peau est lisse, et il n'y a pas la plus petite trace de bouton. — Les affections charbonneuses de cause externe sont *spécifiques*, de nature essentiellement septique et gangréneuse et occasionnées par une cause appelée *virus charbonneux*, susceptible d'une prompte absorption, et de donner souvent lieu à la mort ou au moins à des accidents formidables, quand elles ne sont pas attaquées à une période convenable. — Leur cause prochaine, *constante*, consiste dans l'application sur l'enveloppe cutanée, *le plus souvent recouverte de son épiderme, quelquefois, mais rarement excoriée*, et aussi sur l'origine des membranes muqueuses, de liquides, de chairs, de débris quelconques provenant d'animaux atteints *habituellement* de maladies charbonneuses. — Les affections charbonneuses en question ne s'observent que dans certains pays. La nature du sol, la sécheresse, paraissent être les deux principales causes de leur développement chez les animaux de qui nous les tenons. — La *pustule* n'apparaît qu'à la peau. L'*œdème* peut commencer à l'origine des membranes, muqueuses. — Il existe dans la marche de la pustule maligne et de l'œdème charbonneux deux périodes bien tranchées : une *première*, ou *locale*, ou encore *externe ;* et une *seconde*, *générale* ou d'*intoxication*, suivant que les accidents sont encore bornés au point où s'est montré le mal, ou que, par suite de l'absorption de la matière virulente, il y a contamination de l'économie.—La période d'intoxication offre des accidents ayant une grande analogie avec ceux produits par les poisons narcotiques, le venin de certains insectes (guêpes, abeilles) et celui des quelques serpents (vipères). — La pustule maligne présente des différences non-seulement relatives aux régions où elle peut se développer, mais encore sur les mêmes parties, où elle est loin d'avoir toujours la même apparence, la même marche, la même intensité et une léthalité semblable. — La durée des affections charbonneuses externes, quand elles sont mortelles, peut varier de trois à dix-huit jours; mais, le plus habituellement, c'est entre cinq et sept qu'elles se terminent. — La pustule maligne est une maladie très-grave, lorsqu'elle est abandonnée à son cours naturel; mais elle est loin, même alors, d'être tou-

jours mortelle, comme quelques observatenrs l'ont pensé. — L'œdème charbonneux est infiniment plus grave que la pustule elle-même. Tous les cas qu'on cite jusqu'ici ont été mortels, excepté ceux des paupières, qui encore le sont souvent, et celui développé sur le dos de la main. — Il n'y a qu'une manière véritablement efficace d'attaquer les maladies charbonneuses, c'est la cautérisation. — M. Bourgeois préfère la potasse employée *par dilution*, c'est-à-dire en délayant les chairs par une sorte de friction circulaire. De la sorte, il détruit immédiatement tous les tissus qui lui paraissent malades, et il obtient consécutivement une cicatrice ronde, régulière et la moins difforme possible, ce qui est très-important quand on réfléchit que le mal siége le plus souvent à la face. — Si le mal est arrivé à la seconde période, c'est-à-dire s'il existe des symptômes d'absorption, même légers, quoi que vous fassiez, ces derniers pourront acquérir de grandes proportions, et marcher encore jusqu'au septième et même au neuvième jour : le malade pourra même succomber. — La cautérisation dans l'œdème malin est d'un emploi beaucoup plus difficile et d'une action bien plus incertaine. Comme il n'y a souvent ni escarre, ni vésicules, ni induration centrale, que doit-on détruire de la tumeur ? Il se borne alors à appliquer la potasse sur le centre et les vésicules, quand il en existe dans ces cas. Aux paupières, il agit comme dans la pustule. — Après la cautérisation, il pourra être utile d'appliquer des compresses imbibées de liquides plus ou moins excitants et résolutifs. — Quant au traitement interne, ou de la période d'intoxication, il ne consiste qu'en moyens stimulants et réconfortants, suivant la gravité des accidents. — Comme prophylaxie, on ne peut que s'en tenir aux soins de propreté, qu'à détruire ou enfouir les débris d'animaux morts d'affections charbonneuses, et qu'à éviter le plus possible le voisinage des lieux d'où émane la cause morbigène.

Deux cas de pustule maligne, avec quelques considérations sur cette affection, par M. Gaujot. (In-8, 61 pages. Paris, V. Rozier.)

Excision sous-cutanée d'un chondrome de l'articulation du genou, pratiquée par M. Wernhes, par M. Baur. (Deutsche klinik ; Gazette médicale, p. 172.)

Il est question d'un homme affecté depuis quelque temps d'une tuméfaction du genou avec gêne et douleur dans la marche et gonflement des parties. — On constata la présence d'un corps flottant et libre dans l'articulation, corps que l'on ne put parve-

nir à amener et à fixer sous la peau. L'opérateur, après avoir fait fixer par un aide le chondrome qu'on avait poussé vers la surface, fit un pli au-dessous de ce chondrome et pratiqua une incision à la base de ce pli, de manière à décoller la peau dans une certaine étendue, et à former une sorte de niche destinée à recevoir le corps étranger. Il ne fut pas difficile de faire sortir ce dernier de la capsule articulaire et de l'amener extérieurement sous la peau où on le maintint fixé. Le malade se rétablit promptement.

Des abcès migrateurs ossifluents ; diagnostic et traitement, par M. Bruneau. (Thèses de Paris, n° 51.)

Du traitement des abcès par la réunion primitive, par M. Mariotte. (Thèses de Paris, n° 215.)

L'auteur prouve que le foyer initial du pus dans le phlegmon est unique et que la membrane pyogénique a la faculté de donner sur-le-champ de la lymphe plastique; il en conclut qu'aussitôt que le pus est formé dans un phlegmon, n'y en eût-il qu'une goutte, ce pus doit être évacué sur-le-champ ; — que l'abcès bien vidé, bien expurgé de matière purulente, on doit toujours tenter la réunion par première intention.

Emploi de la solution d'iodure de potassium en injections dans les foyers de suppuration rebelle ou grave, par M. Bienfait. (Gazette hebdomadaire, p. 198.)

Empyème secondaire à une scarlatine et compliqué d'albuminurie. Kyste hydatique du foie suppuré et compliqué de pneumonie. — Guérison dans les deux cas.

De la spoïtis, par M. Manjot. (Thèses de Paris, n° 187.)

Phlegmon général de l'abdomen, par M. Petithan. (Gazette hebdomadaire, p. 186.)

Le pus avait envahi tout le tissu cellulaire qui entoure les organes abdominaux et celui qui est placé entre les muscles de cette cavité. — Mort.

Considérations pratiques sur le traitement des abcès par congestion, par M. Lanacastels. (Thèses de Montpellier, n° 51.)

Affection organique grave du rachis, par M. Piorry. (Gazette des hôpitaux, p. 242.)

Cette affection a été guérie par le phosphate de chaux et l'iodure de potassium.

Abcès par congestion, par M. Ameuille. (Gazette des hôpitaux, p. 90.)

Il a été traité par les injections et l'alimentation iodées. — Guérison rapide.

Phlegmon diffus de la jambe guéri par la compression digitale de la fémorale, par M. Vanzetti. (Gazetta medica italiana, stati Sardi; Gazette médicale p. 11.)

Le membre gonflé, chaud, sans rougeur toutefois, était le siége de douleurs violentes depuis vingt-quatre heures. La compression a immédiatement fait cesser les phénomènes; le phlegmon n'a pas suivi sa marche vers la suppuration.

Un cas d'inflammation gangréneuse du cou, par M. Pretty. (Gazette medicale, p. 87.)

Mal perforant aux deux pieds, par M. Morel-Lavallée. (Société de chirurgie, 5 septembre.)

Amputation du pied par la méthode de Chopart.

Du mal perforant du pied, par M. Gachossin-Lafite. (Thèses de Montpellier, n° 28.)

Du panaris, par M. Beck. (Thèses de Paris, n° 75.)

Du panaris, par M. Dehaut. (Thèses de Paris, n° 166.)

Traitement de l'onyxis par le nitrate d'argent, par M. Long. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 426.)

Des sutures sur plusieurs rangs et de l'emploi des fils métalliques dans ce genre de suture, par M. Bœckel. (Strasbourg, in-8, 18 pages.)

M. Bœckel a adopté en règle pour la suture profonde le genre enchevillé, et il la fait avec des fils métalliques. Pour passer les liens, on se sert d'aiguilles droites ou courbes, qui devront, en général, être fort longues, en raison du trajet à parcourir. Le fil métallique pourra être entraîné directement par l'aiguille; mais si l'on opère dans un espace restreint, à la vulve, par exemple,

il vaudra mieux passer d'abord un fil de soie, qui servira de guide flexible au double fil de métal. Lorsque le trajet est rectiligne, l'instrument le plus commode est un trocart capillaire avec lequel on transperce directement les tissus. On pousse ensuite facilement le double lien de métal à travers la canule. Les fils étant en place, on passe leurs extrémités à travers une mince plaque de plomb arrondie, légèrement convexe du côté de la plaie et percée d'un trou à son centre. Puis on les assujettit sur une cheville. La rondelle de plomb doit être plus ou moins grande, selon le cas ; au lieu de l'arrondir en calotte de sphère, on peut facilement lui donner une forme allongée, elliptique. Elle n'irrite pas la peau, répartit la pression sur une plus grande étendue de tissu, et remplace ainsi l'application intelligente des doigts, aussi bien que peut le faire un corps inerte.

De la valeur respective des divers moyens de diérèse, par M. Estor. (Thèses de Montpellier, in-8, 143 pages.)

Un mot sur les moyens à employer pour combattre les syncopes graves suites des hémorrhagies qui surviennent après les opérations chirurgicales, par M. Debout. (Bulletin de thérapeutique, t. LVIII, p. 154.)

Dans ce travail, basé sur plusieurs observations concluantes, M. Debout établit les propositions suivantes :

La syncope provoquée par les hémorrhagies traumatiques, en raison de la nature du sang perdu et de son écoulement plus lent, constitue un accident plus grave que les défaillances qui suivent les hémorrhagies utérines ; par conséquent, de ce qu'un moyen réussit dans celles-ci, ce n'est pas à dire qu'il doive être mis en œuvre dans celles-là. — La syncope dans les hémorrhagies traumatiques étant surtout le résultat du manque d'incitation du centre nerveux, la position déclive du corps de l'opéré qui facilite l'abord du sang au cerveau, ainsi que la compression abdominale qui diminue le cercle de la circulation, contribueront à fournir un secours plus précieux. — Comme c'est l'énergie et la durée de l'intervention thérapeutique qu'il faut surtout chercher, on devra ajouter à l'action physique des moyens ci-dessus la stimulation due aux applications du marteau Mayor, et seconder leurs effets par l'emploi des lavements de vin. — La gravité de l'accident est souvent telle, que ce ne sera pas trop du concours de tous ces remèdes pour ramener et maintenir la vie.

De la transfusion comme moyen de remédier à l'anémie, suite de suppurations prolongées, par M. Neudoerfer. (Oesterreichische Zeitschrift für practische heilkunde, nos 8 et 9, 1860 ; Gazette hebdomadaire, p. 763.)

Des épanchements sanguins dans le tissu cellulaire, par M. Jalabert. (Thèses de Paris, nº 252.)

Hématocèle de la bourse muqueuse du grand trochanter. (Gazette des hôpitaux, p. 264.)

Emploi du séton dans le traitement de l'hydropysie des bourses séreuses sous-cutanées, par M. Foucher. (Revue de thérapeutique médico-chirurg., août.)

Les injections iodées plus d'une fois restent sans effet contre les kystes à parois épaisses ; il est d'autres cas où elles échouent, malgré les antécédents et les apparences qui semblaient promettre un succès. — Le chirurgien doit alors avoir recours à un procédé plus convenable. C'est ainsi que M. Foucher a obtenu, par le séton, deux guérisons chez les malades dont nous résumerons l'histoire. — Chez le premier, l'injection iodée ayant échoué, M. Foucher n'a pas hésité à employer le séton : le succès a été complet. — Dans le second cas, le chirurgien a pu reconnaître que les parois étaient très-épaisses ; il a considéré cette disposition comme une contre-indication à l'injection iodée, et de prime abord il a mis un séton. — Il a donné la préférence au séton à fils multiples : en retirant un fil chaque jour, on ouvre une porte à la suppuration; les orifices se ferment progressivement, en même temps que la poche diminue d'étendue.

Nouveaux matériaux pour servir à la connaissance du cancer à cellules régulières, par M. Wagner. (Archiv fuer physiologische heilkunde ; Gazette médicale, p. 208.)

Ce cancer se caractérise par ses alvéoles dont les cellules périphériques sont plus ou moins cylindriques, disposées régulièrement, tandis que les cellules centrales sont de forme polygonale irrégulière et rangées sans ordre. Ce cancer à cellules cylindriques tiendrait le milieu entre les tissus nouveaux et le cancer ordinaire : l'idée de l'auteur est que le cancer n'a pas d'élément spécifique et que les cellules dont il se compose rappellent souvent le type normal.

Du cancer et de sa curabilité, par M. Buez. (Thèses de Strasbourg.)

Diathèse cancéreuse, par M. Martineau. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 106.)

Observation d'une femme qui a présenté pendant la vie des

symptômes cérébraux. — A l'autopsie, on a constaté l'existence d'une tumeur cancéreuse du cerveau et de différentes autres masses cancéreuses dans le foie et dans les reins. Cette diathèse cancéreuse n'avait pas donné lieu à des phénomènes appréciables.

Note sur le diagnostic différentiel du cancer des os et des tumeurs sanguines, par M. Sistach. (Gazette médicale, p. 812.)

Une observation originale. — Le cancer des os débute toujours par des douleurs vagues, indéterminées, qui privent le membre d'une partie de ses fonctions, et qui durent quelque temps avant toute apparition de tumeur ; celle-ci se montre le plus souvent sur les points qui ont été primitivement le siége des douleurs. — Dans les cas de diagnostic difficile, alors que la tumeur revêt des caractères qui appartiennent en partie au cancer, en partie à un anévrysme, les douleurs primordiales constituent un élément important du diagnostic différentiel, puisqu'elles entraînent la certitude d'un cancer des os.

Des néoplasmes au point de vue du cancer. Considérations anatomo-pathologiques, par M. Chauvin. (Thèses de Montpellier, n° 25.)

Productions cancéreuses à l'intérieur des veines, par M. Lancereaux, (Société de biologie, avril; Gazette médicale, p. 384.)

M. Lancereaux fait remarquer sur une pièce qu'il montre, que le cancer ne semble pas être venu du dehors et que les veines n'offrent pas d'apparence de perforation ; leurs tuniques sont au contraire hypertrophiées et plus résistantes que de coutume. Il s'agit de cancers multiples des organes abdominaux et c'est dans les veines sus-hépatiques que se trouvent les productions cancéreuses.

M. Broca s'élève contre l'opinion de la production primitive du cancer dans les veines; aucun fait positif de ce genre n'a encore été observé : la déchirure du vaisseau n'a pas été trouvée, mais pourquoi ne pas admettre qu'elle a été détruite, ainsi que le vaisseau, par le cancer lui-même ?

Artère et veine fémorales chez un sujet qui portait dans la région inguinale droite une tumeur encéphaloïde, du volume de la tête d'un adulte, par M. Dolbeau. (Bulletins de la Société anatomique, 1859, p. 291.)

Guérison spontanée d'un cancer de la région inguinale, par M. Cahen. (Société médicale du 2e arrondissement ; Union médicale, t. V, p. 90.)

Un homme de soixante-cinq ans portait, il y a dix ans, dans

l'aine droite, une tumeur qui fut reconnue comme étant de nature cancéreuse, et qui fut extirpée. Quelques années après, aucune tumeur n'avait reparu dans l'aine droite, mais il s'était développé, dans la région inguinale gauche, le long des vaisseaux fémoraux, une tumeur qui fut cette fois encore considérée comme cancéreuse, et également opérée. La guérison, d'après le récit du malade, ne fut pas complète; une petite tumeur non opérable persista et continua de s'accroître pendant cinq ans. Il y a trois mois, la tumeur présentait le volume du poing; elle était indolente et bosselée; la peau qui la recouvrait était bleue, adhérente et semblait être à la veille de s'ulcérer. Sur ces entrefaites, le malade partit en Afrique, où il séjourna un mois et demi. Il y a quinze jours, cet homme revint consulter M. Cahen, et celui-ci put constater que la peau avait repris sa couleur normale, qu'elle n'était plus adhérente, que la tumeur n'était plus bosselée et qu'elle avait perdu les neuf dixièmes de son volume.

Cancer encéphaloïde des os du bassin, par M. Proust.
(Bulletin de la Société anatomique, p. 16.)

Ce cancer a envahi la région sacrée de la colonne vertébrale, détruit l'os des iles, la tubérosité de l'ischion, tout en respectant les organes viscéraux.

Cancers multiples, avec teinte bronzée de la peau, par M. Demarquay. (Société médicale du 2e arrondissement. Union médicale, t. V, p. 90.)

Cancers en très-grand nombre, internes et externes. Les capsules surrénales avaient subi la dégénérescence cancéreuse.

Cancer de l'omoplate, par M. Launay.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 297.)

Il y avait de nombreux fragments d'os nécrosés; l'os était altéré et envahi par la matière encéphaloïde. Après avoir enlevé le plus possible de tissus fongueux, on a cautérisé fortement avec le fer rouge. — Le malade a succombé.

Tumeurs cancéreuses du crâne et de l'orbite, par M. Lemarchant.
(Bulletin de la Société anatomique, p. 88.)

De la suie dans le traitement du squirrhe et du cancer mammaires, par M. Debreyne. (Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale, 16 janvier.)

M. Debreyne ne connaît pas de topique capable d'agir sur les cancers ulcérés d'une manière aussi efficace et aussi évidente que

la suie employée sous forme de pommade ou de lotions aqueuses. Ces préparations lui ont toujours paru très-utiles par leur propriété détersive, plastique et régénératrice. Il cite à l'appui de cette médication un fait de guérison tout à fait extraordinaire rapporté par Blaud, et deux autres cas qu'il a observés lui-même. L'auteur croit pouvoir attribuer à la suie une action spéciale sur la marche du cancer, et pense qu'il serait logique d'administrer aussi ce médicament à l'intérieur. Il propose de l'employer chez tous les cancéreux, sous forme de teinture et d'extrait alcoolique, avec le nom de *fulgine*. La pommade et les lotions seraient employées concurremment avec la médication interne dans tous les cas où il y aurait plaie ou ulcération.

Cancers ulcérés guéris par l'ammoniaque liquide, par M. Richart. (Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale; Gazette médicale, p. 518.)

Voici la manière dont l'auteur procède : — On place sur l'ulcère un plumasseau de charpie douce, imbibée d'eau alcaline :

Eau simple	100	grammes.
Ammoniaque liquide.....	32	—

que l'on recouvre d'un taffetas gommé et d'une compresse de linge. Ce pansement est renouvelé matin et soir, jusqu'à ce que les vaisseaux sanguins s'engorgent, se gangrènent et tombent; que le pus soit devenu blanc, épais, louable et la plaie vermeille et sensible. Il faut alors remplacer l'eau alcaline par le liniment savonneux ainsi composé : — Mettez dans une petite tasse à fond concave une demi-cuillerée à café d'ammoniaque liquide avec une cuillerée à café d'huile d'amandes douces; triturez ce mélange pendant quelques minutes à l'aide d'un petit bâton arrondi ; ensuite ajoutez par petites parties, en triturant toujours, environ neuf cuillerées à café d'eau simple.

Cancer cutané guéri par le caustique de Landolfi, par M. Callegari. (Giornale veneto di scienza mediche; Gazette médicale, p. 12.)

Il n'est pas certain que la malade eût un cancer ; il s'agit, en effet, d'une tumeur érectile, qui s'est enflammée, puis ulcérée. Aucun symptôme de cachexie. La plaie faite par le caustique (chlorure de brome, d'antimoine et de zinc avec farine de froment) n'était pas cicatrisée quand la malade a quitté l'hôpital.

Du cancroïde en général, par M. Heurtaux.
(Thèses de Paris, nº 105.)

C'est la monographie la plus complète qui ait été écrite sur le cancroïde. M. Heurtaux pense que l'on doit séparer cette affection des autres productions cancéreuses ; il a rassemblé deux cent dix observations ; il décrit les lésions primordiales, papillaire, dermique et glandulaires ; il y joint l'étude de l'hétérotopie plastique, et on est ainsi conduit par degrés à la connaissance du cancroïde complétement développé. Après avoir étudié les symptômes et la marche de la maladie, M. Heurtaux insiste sur le traitement par l'instrument tranchant et par les caustiques ; ces deux méthodes ont leurs indications particulières.

Remarques sur l'étiologie, la propagation et la récidive de l'épithélioma, par M. Broca. (Société de chirurgie, 7 novembre.)

Cancroïde de la verge.—M. Broca crut devoir faire l'amputation du gland. Une sonde fut placée dans le canal de l'urètre ; le lendemain, l'opéré éprouva un frisson, eut un peu de fièvre, mais ce ne fut qu'un léger accident, qui disparut au bout de vingt-quatre heures, et la plaie fut bientôt cicatrisée. — Au bout d'un certain temps, il apparut au niveau du méat urinaire une tumeur grosse comme un pois ; cette tumeur n'occupait que l'urètre et ne se prolongeait pas du côté du corps caverneux, ce qui n'a rien de surprenant, la maladie ayant primitivement occupé le gland qui est la continuation de l'urètre. M. Broca dit alors au malade qu'il y aurait peut-être lieu de pratiquer une cautérisation, mais celui-ci resta quelque temps sans venir le revoir. Lorsqu'il revint, la tumeur, qui appuyait sur le corps caverneux, avait considérablement augmenté de volume, il fallut faire l'amputation de la verge ; la section du corps caverneux fut faite à 1 centimètre en arrière de la tumeur. Sur la coupe verticale de cette pièce d'anatomie pathologique, on voit dans l'intérieur du corps caverneux des granulations grosses comme des grains de millet, granulations réunies en séries de trois ou de quatre, et bien qu'il y eut un intervalle d'un centimètre de corps caverneux entre la tumeur et le point où la section a porté, l'une des granulations était située tout à fait sur le bord de la coupe. Ces granulations, visibles à l'œil nu, furent examinées au microscope : c'étaient des dépôts de cellules épithéliales, formant autant de petits foyers de cancroïdes, parfaitement distincts de la tumeur principale, et bien différents de ces prolongements d'épithélioma que l'on trouve quelquefois dans le tissu de la langue. On peut comparer ces granulations à ces semis de grains cancéreux que l'on observe quelquefois dans l'épaisseur de la peau, au voisinage

d'un sein envahi par le cancer; comme ces derniers, ils appartiennent à la première période du cancer, c'est-à-dire à celle où l'affection est encore toute locale et ne s'est pas encore généralisée dans l'économie, bien que leur présence soit d'un fâcheux augure.

Sur la nature du cancroïde épithélial et sur les tumeurs myéloïdes, par M. Broca. (In-8, 52 pages.— Extrait du Bulletin de la Société de chirurgie.)

Analysé dans les précédents volumes.

Du traitement des cancers épithéliaux ou cancroïdes par l'application du cautère actuel, par M. Sédiliot. (Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale; Gazette médicale, p. 518.)

La règle le plus généralement adoptée pour le cas de ces sortes de tumeurs est de les enlever en totalité, au delà de leurs limites, afin d'en prévenir plus sûrement la récidive; et plus on a sacrifié de tissus périphériques sains, moins on redoute la réapparition de la maladie. Toutefois, il y a des cas où cette destruction des tissus dans une grande étendue n'est pas sans inconvénients. — D'un autre côté, les chirurgiens ont constaté depuis longtemps la résistance des tissus fibreux à l'envahissement des cancers épithéliaux. Or, l'art possède les moyens de produire du tissu fibreux accidentel, dense, rétractile, peu vasculaire et réfractaire aux modifications morbides. Ne pouvait-on pas profiter de ce fait pour créer de toute pièce des barrières à l'extension des cancroïdes, et même les détruire sur place en retardant ou prévenant la récidive? — C'est ce que l'auteur a entrepris; et, pour arriver à ce résultat, il n'a pas cru mieux faire que d'employer le cautère actuel. — M. Sédillot cite cinq observations où ce mode de traitement a donné d'excellents résultats.

Diagnostic du cancer pigmentaire (mélanotique) par le moyen de l'urine, par M. Liselt. (Vierteljahrschrift für der praktische heilkunde; Gazette médicale, p. 190.)

On trouve dans cette note un moyen de diagnostiquer le cancer mélanotique, même quand on ne connaît pas le siége de l'affection. *L'urine exposée à la lumière et à l'air devient noire au bout de quelques heures, et l'on peut obtenir immédiatement la même coloration en traitant de l'urine récente par de l'acide nitrique concentré ou par de l'acide chromique.* L'auteur croit que le pigment du cancer est séparé par les reins, sous la forme d'une matière incolore, et que, par une substance oxydante,

celle-ci est changée en une matière colorante noire, c'est-à-dire rendue à sa couleur primitive.

Une note sur le même sujet a été publiée par M. Bolze (Arch. gén. de méd. — nov., p. 601). Cet auteur est arrivé aux mêmes conclusions par l'examen de deux malades.

Tumeurs mélaniques multiples, par MM. Lancereaux et Dubreuil. (Société de biologie, août 1860 ; Gazette médicale, p. 630.)

La mélanose avait envahi la plupart du système organique.

Tumeur pigmentaire et épithéliale de la région malaire, par M. Lancereaux. (Société de biologie ; Gazette médicale, p. 429.)

Cette tumeur a eu une marche extrêmement lente ; elle contenait des cellules pigmentaires et épithéliales ; les mêmes lésions anatomiques existaient dans deux ganglions correspondants.

Exostose du péroné, par M. Fournier. (Société de biologie, janvier.)

Tumeur de nature indéterminée, par M. Richet. (Société de chirurgie.)

Cette tumeur développée dans la tête du péroné a nécessité l'amputation de la cuisse.

Rétraction permanente des doigts, par M. Nélaton. (Gazette des hôpitaux, p. 21.)

Tumeur du doigt médius de la main droite, par M. Brouardel. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 255.)

Tumeur existant depuis quinze ans. Plaie par laquelle sortent des fongosités ; désarticulation de la première phalange. — Le tissu osseux de cette phalange était détruit dans une certaine étendue, refoulé et compacte dans la partie qui n'avait pas été détruite.

Affection particulière de la gaîne des tendons des doigts de la main, désignée sous le nom de doigt à ressort, par M. Notta. (Gazette des hôpitaux, p. 27.)

Fongus des gaînes synoviales des long abducteur et court extenseur du pouce, par M. Notta. (Gazette des hôpitaux, p. 534.)

Tumeur fibro-plastique pédiculée du creux de l'aisselle, par M. Azam. (Société de chirurgie, 3 octobre.)

Enorme développement.—Ecrasement linéaire. — Guérison.

Tumeurs fibreuses du lobule de l'oreille, par M. Hilton.
(The Lancet ; Union médicale, t. VII, p. 206.)

Tumeur fibro-cartilagineuse du lobule de l'oreille, par M. Dassier.
(Union médicale, t. VII, p. 373.)

Ablation. — Guérison.

Tumeur de la cuisse, par M. Parmentier.
(Bulletins de la Société anatomique, 1860, p. 171.)

Tumeur fibro-plastique développée sous le muscle droit antérieur de la cuisse, chez un vieillard. — Extirpation. — M. Dufour a fait l'examen micrographique de cette tumeur et y a trouvé des cellules caractéristiques du cancer.

Des petites tumeurs douloureuses et sous-cutanées, par M. Nélaton.
(Journal de médecine et de chirurgie pratiques.)

Enchondrome du tibia, par M. Dolbeau.
(Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 296.)

Pour établir ce diagnostic, M. Dolbeau s'était basé sur la jeunesse du sujet, la marche lente de l'affection, la forme bosselée de la tumeur et surtout les points osseux durs que l'on y sentait à côté d'autres points fluctuants, et enfin l'examen au microscope du liquide retiré avec une lancette d'un de ces points fluctuants, et qui renfermait des cellules cartilagineuses. La dissection a fait voir, en outre, que l'enchondrome occupait spécialement le condyle externe du tibia, que déjà il soulevait les cartilages de l'articulation, et qu'avant peu celle-ci allait être envahie ; l'opération était donc justifiée à tous égards. Elle parut devoir réussir pendant les trois premières semaines ; mais le vingt-quatrième jour, la malade fut prise d'accidents généraux et d'une douleur très-vive au niveau de la crête iliaque, et elle ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, on trouva un autre enchondrome dans l'os iliaque. L'os entier était gonflé, le tissu spongieux envahi par la matière cartilagineuse. Il existait une troisième tumeur du même genre dans l'intérieur du bassin, mais une tumeur à l'état naissant, et dont les vaisseaux étaient encore indépendants de ceux de l'os.

Enchondrome parotidien, par M. Ed. Cruveilhier.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 177.)

Ce malade avait déjà été opéré par la cautérisation ; il y a eu

récidive onze ans après. M. Nélaton a enlevé la nouvelle tumeur qui contenait du tissu cartilagineux uni au tissu glandulaire.

Enchondrome de la partie inférieure du rectum, par M. Dolbeau. (Bulletins de la Société anatomique, p. 6.)

Du volume d'une noisette, cette tumeur était située à l'entrée de l'anus, chez un homme de vingt-sept ans : dure, mobile, elle ne provoquait aucune douleur; l'opération a été très-simple. L'élément prédominant de cette tumeur est l'élément fibro-plastique ; on y rencontre aussi des culs-de-sac glandulaires dans la proportion d'un quart. M. Dolbeau fait remarquer le siége insolite de cet enchondrome ; il ne pense pas que cette tumeur se soit développée dans les glandes de l'intestin.

De l'enchondrome des glandes sébacées, par M. Dolbeau. (Gazette des hôpitaux, p. 491.)

M. Dolbeau rapporte plusieurs exemples de tumeurs cutanées ; il pense que beaucoup de tumeurs osseuses sous-cutanées ne sont autre chose que des enchondromes des glandes sébacées, enchondromes qui ont subi la transformation propre à certaines tumeurs cartilagineuses, c'est-à-dire l'ossification ou le passage à l'état crétacé.

Observation d'un lipôme enkysté, par M. Avrard. (Union médicale, t. VIII, p. 170.)

Tumeur située au-dessous de l'oreille; elle était enkystée et constituée tout à la fois par un lipôme et par un athérôme. — Ablation et guérison.

Lipôme du bras, par M. Duchaussoy. (Bulletins de la Société anatomique, 1859, p. 307.)

Une discussion s'est engagée à ce propos : M. Trélat a soutenu contre M. Duchaussoy, que ce n'est pas à la suite d'une contusion, mais à la suite d'une pression lente et souvent répétée que se développent parfois les lipômes.

De la guérison des loupes et de quelques autres kystes sans opération sanglante, par M. Courty. (Montpellier médical, t. IV, p. 439, et Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 490.)

M. Courty parle d'abord du développement et du contenu des loupes ; il montre que presque toujours ces kystes ont un ori-

fice qu'on peut facilement désobstruer ; il faut peu à peu faire sortir par des pressions le contenu du kyste et, pour cela, créer au besoin, si l'orifice fait défaut, une ouverture au moyen d'une aiguille, d'une pointe caustique ou même d'un séton. — Une fois le kyste vidé, on en cautérise l'intérieur, soit avec une solution de potasse caustique (1 gr. pour 50 gr. d'eau), ou mieux avec la pâte de Canquoin disposée en sparadrap, comme on l'emploie dans l'école lyonnaise. — Les avantages de cette méthode seraient d'éviter les accidents et d'amener sans douleur une guérison sûre.

Ablation d'une loupe, par M. Legrand.
(Société de médecine pratique ; Gazette des hôpitaux, p. 556.)

De l'hypertrophie générale du système sébacé, par M. Lutz.
(Thèses de Paris, n° 65.)

Histoire d'un malade dont tout le système sébacé était tellement hypertrophié, qu'il semblait avoir absorbé tous les autres éléments de la peau ; les glandes sébacées forment des tumeurs qui varient du volume d'une lentille à celui d'une aveline.

Observation de kyste congénital du cou. Mort. Autopsie, par M. Giraldès
(Gazette des hôpitaux, p. 13.)

M. Giraldès, après des citations bibliographiques qui sont à consulter, rapporte dans tous ses détails une observation montrant que ces kystes, loin d'être aussi simples que quelques auteurs ont paru le croire, peuvent au contraire renfermer dans leur intérieur des substances tout à fait différentes les unes des autres.— L'observation de M. Giraldès révèle un kyste qui tient le milieu entre les kystes congénitaux, ne contenant qu'un liquide séreux ou séro-sanguinolent, et ceux qui ne contiennent que des débris organiques et qui sont de pures *inclusions fœtales*.

Kystes congénitaux du cou, par M. Sédillot.
(Société de chirurgie, 22 février.)

M. Sédillot rapporte une observation : l'injection iodée a été suivie de divers accidents, et la guérison a été obtenue par des cautérisations avec la pâte de Canquoin. — Pour ces kystes, il préfère aux injections d'iode les larges ouvertures avec les caustiques.

Kyste hydatique du bassin, par M. Quain. (Med. times and Gaz., 2 juin 1860; Union médicale, t. VII, p. 414.)

Ponction par le rectum ; suppuration du sac. — Guérison.

Tumeurs hydatiques renfermant des échinocoques, heureusement enlevées à l'aide de la cautérisation linéaire, par M. Bouchut. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 70.)

Kyste hydatique de la région sacro-lombaire, par M. Nélaton. (Gazette des hôpitaux, p. 153.)

Diagnostic à l'aide du frémissement hydatique, confirmé par le résultat de l'opération.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est que le diagnostic a été porté à l'aide du frémissement hydatique et qu'il a été confirmé par le résultat de l'opération.

Kyste hydatique de la région inguinale, par M. Pasturel. (Gazette des hôpitaux, p. 414.)

Kystes multiples du creux poplité, par M. Liégeois. (Société de biologie, novembre 1859; Gazette médicale, p. 213.)

M. Liégeois pense que ces kystes ont eu pour point de départ la synoviale du genou. Ils constituaient une tumeur de la grosseur d'une aveline, présentant à sa surface une série de bosselures, au nombre de six ou sept. Après la dissection la masse de la tumeur avait une forme allongée; par une partie étroite, espèce de pédicule, elle adhérait à la coque fibreuse du jumeau externe dans la partie correspondant à la réflexion de la synoviale articulaire ; les kystes étaient séparés les uns des autres par des cloisons interceptant toute communication entre eux. M. Liégeois croit que chez ce malade il y a eu, à une certaine époque, épanchement dans l'articulation, que le liquide a repoussé au dehors la synoviale, dont la hernie s'est faite dans un des points où le tissu fibreux extra-articulaire était le moins solide; la synoviale herniée aurait contracté des adhérences multiples et les kystes auraient été forméss par le mécanisme décrit pour l'hydrocèle enkystée du cordon.

De l'âge convenable pour l'opération du bec-de-lièvre. (Société de chirurgie, 29 février.)

Le bec-de-lièvre simple ou double, lorsqu'il n'est accompagné d'aucune lésion osseuse, peut, dit M. Guersant, être opéré sans

aucun inconvénient aussitôt après la naissance, ou mieux encore, quand l'enfant a vécu un mois ou six semaines. Il y a danger, au contraire, à opérer des enfants aussi jeunes quand le bec-de-lièvre est compliqué. Celui-ci exige des opérations laborieuses et successives, qui sont très-difficilement supportées par ces petits êtres encore débiles et sans réaction. Pour qu'on ose entreprendre ces opérations, il faut être sûr que l'enfant est bien vivace, il faut avoir la certitude qu'il se nourrit bien artificiellement. Attendre que l'enfant ait le plus de chances possibles de vivre et de résister à l'opération, c'est agir avec prudence et non avec timidité ; il y a de la témérité à opérer de trop bonne heure. — M. Guersant ajoute que, depuis dix-huit ou vingt ans, il fait chaque année une vingtaine d'opérations de becs-de-lièvre, et que pour des raisons fondées sur tous ces faits, il est convaincu de la nécessité d'attendre, pour s'attaquer aux becs-de-lièvre compliqués, que les enfants aient un an ou quinze mois.

Bec-de-lièvre unilatéral simple chez un enfant âgé de huit jours, par M. Fano. (Gazette des hôpitaux, p. 485.)

M. Fano a opéré l'enfant, et il a obtenu une guérison rapide. — Il pense qu'il faut opérer de bonne heure ; mais il prend les précautions suivantes : il laisse les épingles jusqu'à ce que les tissus commencent à s'ulcérer, ce qui arrive généralement vers le quatrième ou cinquième jour. — Il faut administrer un peu de sirop diacode, pour prévenir les cris des enfants, pendant les jours qui suivent l'opération. — Une réunion secondaire peut donner d'aussi beaux résultats qu'une réunion primitive.

Quelques mots sur l'opération du bec-de-lièvre, par M. de Laplagne. (Gazette des hôpitaux, p. 335.)

Bec-de-lièvre double, par M. Coulon. (Gazette des hôpitaux, p. 186.)

Il était compliqué de division de la voûte palatine et du voile du palais. — Opération pratiquée quatre jours après la naissance. — Hydrocéphalie congénitale. — Mort.

Division congénitale de la joue droite, par M. Colson. (Société de chirurgie, 28 novembre.)

C'est une variété de bec-de-lièvre, qui était horizontal au lieu d'être vertical ; il affectait la joue droite au lieu d'affecter la lèvre. Le traitement n'a différé en rien de celui du bec-de-lièvre

ordinaire. Guérison. — C'est le premier exemple d'une pareille difformité.

De la cheiloplastie, par M. Fachan. (Thèses de Strasbourg.)

De la résection de la portion médiane du maxillaire inférieur, sans incision de la peau, par M. Delore. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 155.)

M. Delore rapporte une observation d'ostéosarcome de la portion médiane du maxillaire inférieur ; — résection par le procédé de M. Malgaigne. — Guérison rapide. — Application d'un dentier artificiel. — L'auteur entre ensuite dans quelques détails sur le procédé de M. Malgaigne, qu'il regarde comme excellent.

Du resserrement des mâchoires, par M. Blavette. (Thèses de Paris, n° 71.)

Cette thèse est bien faite. — On peut rapporter à cinq genres les lésions des lèvres et des joues qui peuvent produire le resserrement des mâchoires : 1° Induration d'un ou de plusieurs des tissus qui entrent dans leur composition ;—2° Soudure des bords des lèvres et transformation de l'ouverture buccale en un petit trou rond ; — 3° Destruction de la muqueuse génale, laquelle est remplacée par un tissu de cicatrice ; — 4° Soudure de la surface interne des joues et des lèvres avec les mâchoires, la partie extérieure des joues et des lèvres restant saine ; — 5° Destruction des lèvres et des joues avec perte de substance considérable, de telle façon que les dents restent à découvert dans une grande étendue. — D'ailleurs, plusieurs de ces lésions peuvent exister simultanément et se compliquer entre elles.

Dans le traitement, l'auteur insiste sur la création d'une fausse articulation ; il arrive aux mêmes conclusions que M. Verneuil. (Voir ci-dessous.)

Section verticale sous-cutanée du corps de la mâchoire inférieure pour la cure de l'immobilité des mâchoires, par M. Rizzoli. (Gazette médicale de Lyon, p. 471.)

Petite fille de six ans ; immobilité de la mâchoire, par suite d'un abcès survenu après une fièvre typhoïde. — M. Rizzoli procéda de la manière suivante : — Par une petite incision transversale faite, presque au niveau de la commissure droite, à la muqueuse qui se replie de la joue à la gencive, il introduisit la

pointe de la branche non tranchante de ses cisailles ostéotomes ; il contourna le corps de la mâchoire avec cette branche, qu'il fit sortir en perforant de nouveau la muqueuse du plancher de la bouche ; puis, appliquant la branche tranchante de l'instrument sur la face externe de l'os, il divisa celui-ci verticalement d'un seul coup. Le fragment antérieur étant ainsi devenu libre, l'enfant put ouvrir la bouche, et l'opérateur extraire la seconde molaire droite qui était nécrosée et luxée. Il ne s'écoula que quelques gouttes de sang ; aucune inflammation de quelque importance n'eut lieu. — M. Rizzoli aurait voulu maintenir un coin de bois entre les mâchoires ; mais l'indocilité de la petite malade s'y opposa. Néanmoins, il suffit des mouvements qu'elle exécutait pour empêcher l'adhérence de la portion antérieure de la mâchoire avec le petit segment postérieur qui demeure fixé en haut, en contact avec la mâchoire supérieure. Une pseudarthrose s'est formée, comme chez les trois autres opérés par M. Rizzoli : l'enfant boit et mange à présent en toute liberté.

Traitement du resserrement cicatriciel des mâchoires par la formation d'une fausse articulation dans la continuité de l'os maxillaire inférieur, par M. F. Esmarch, traduit par M. Verneuil. (Archives générales de médecine, janvier, p. 44.)

Les cicatrices qui succèdent aux lésions ulcéreuses ou gangréneuses de la muqueuse buccale, ou aux pertes de substance qui comprennent toute l'épuisseur de la joue, amènent, en vertu de la rétraction inodulaire, une immobilité plus ou moins complète de la mâchoire inférieure. La division ou la dissection des brides cicatricielles, l'extirpation du tissu de cicatrice, l'emploi des appareils mécaniques qui écartent peu à peu les mâchoires l'une de l'autre, etc., peuvent avoir quelque succès. Mais le plus souvent la rétraction inodulaire se reproduit et s'oppose à l'écartement des mâchoires. Dieffenbach a indiqué le traitement le plus rationnel pour ces cas graves, en conseillant de greffer un lambeau de muqueuse sur les surfaces saignantes résultant de la séparation des brides qui unissent les joues et les os maxillaires. Malheureusement cela est le plus souvent impraticable, vu l'absence de muqueuse saine au voisinage de la cicatrice. — C'est pour ces cas que le professeur Esmarch de Kiel recommande la formation d'une articulation artificielle *au-devant* de la soudure, pour procurer, du moins à l'autre moitié de la mâchoire, une mobilité même restreinte, et diminuer ainsi les maux des malheureux patients. Ce procédé lui fut suggéré par l'observation d'un malade chez lequel était survenue, par suite d'un noma avec destruction des parties molles de la joue, une nécrose d'une partie de la mâchoire. Une pseudarthrose s'était formée au point

où l'os devenait sain, pseudarthrose à la suite de laquelle le malade avait été en état de bien broyer ses aliments et même de casser des noix.

M. Verneuil a, dans le numéro de février du même recueil, publié l'histoire plus complète de cette opération, qui, sur huit cas, compte six succès, et encore les deux insuccès doivent être attribués à ce que le procédé était mal appliqué.

Atrésie de la bouche, consécutive au scorbut. Accidents gastralgiques. Opération suivie de succès, par M. Foucher. (Gazette des hôpitaux, p. 422.)

Chez ce malade, il y avait eu des adhérences entre différentes parties de la cavité buccale, et, en outre, une atrésie de la bouche, dont l'ouverture n'avait pas plus de 1 centimètre et demi de diamètre. C'est surtout contre cette lésion, dont les conséquences étaient des troubles des fonctions digestives, que M. Foucher a voulu agir. Pour cela, il a fait la section des parties molles de la joue à 2 centimètres de l'orifice buccal, puis il a réuni la muqueuse de la surface incisée à la peau correspondante, au moyen de points de suture. La réunion de la muqueuse à la peau a été obtenue d'une manière satisfaisante.

Brides cicatricielles des joues, par M. Nélaton. (Gazette des hôpitaux, p. 81.)

Ces brides avaient été produites par une médication mercurielle, et elles empêchaient l'écartement des mâchoires; fistule dentaire. — Opération.

Ablation du maxillaire inférieur presque en totalité, par M. Denucé. (Gazette des hôpitaux, p. 306.)

Opération pratiquée pour une tumeur fibreuse énorme; le corps du maxillaire tout entier et la branche gauche ont été enlevés; l'ensemble formait une tumeur de près de deux livres. Le malade a guéri. — Des opérations qu'il a pratiquées et de celles qu'il a vu faire, il est resté à M. Denucé cette impression, que la résection du maxillaire inférieur est moins grave quand on désarticule l'un des condyles ou même peut-être les deux, que quand on enlève une portion d'os par une double section de la continuité.

De la désarticulation de l'os maxillaire inférieur, par M. Heyfelder. (Bulletin de l'Académie royale de médecine de la Belgique; Gazette médicale, p. 544.)

Résection du maxillaire inférieur, par M. Barbosa. (Union médicale, t. V, p. 61.)

Opération pour un cancer : la lèvre avait été détruite par la maladie ; sa restauration a été faite par le procédé de M. Sédillot. — Succès.

Tumeur fibreuse de la mâchoire inférieure. Ablation. Guérison, par M. Letenneur. (Gazette des hôpitaux, p. 574.)

Enorme cancroïde ulcéré de la face et des mâchoires. Ablation simultanée de l'os maxillaire supérieur gauche, de la plus grande partie de l'os maxillaire inférieur, ainsi que de toutes les parties molles correspondantes, par M. Maisonneuve. (Académie des sciences, 11 juin.)

Voici en quels termes M. Maisonneuve décrit cette opération : — *Premier temps*. Portant la pointe d'un bistouri convexe dans le sillon naso-labial, je dirigeai mon incision : 1° de haut en bas, un peu au delà du milieu de la lèvre supérieure ; 2° de bas en haut, sur le côté du nez, jusqu'à l'angle interne de l'œil ; 3° transversalement, sous la paupière inférieure, jusqu'au-devant de l'oreille ; 4° de haut en bas, jusqu'au-dessous de l'angle de la mâchoire ; 5° transversalement encore sous le bord du maxillaire inférieur, jusqu'au delà de la ligne médiane ; 6° enfin, de bas en haut, jusqu'au bord libre de la lèvre inférieure. — *Deuxième temps*. Après quelques dissections pour mettre à découvert les os malades, je fis, au moyen des cisailles de Liston, la résection de l'os maxillaire supérieur presque en totalité, en ayant soin de laisser intact le voile du palais. — *Troisième temps*. Passant ensuite au maxillaire inférieur, je fis avec la scie à chaîne la section de cet os, d'une part au niveau de la dent canine droite, d'autre part au-dessous de l'apophyse coronoïde gauche. — Avant de terminer l'ablation de cette partie osseuse et de diviser l'insertion de la langue aux apophyses géni, cet organe fut maintenu au moyen d'un fil passé dans son épaisseur pour empêcher que son poids ne l'entraînât en arrière et ne produisît la suffocation. — Après cette énorme mutilation, il n'eût été ni prudent ni même possible de pratiquer une opération autoplastique. Je me contentai de panser la plaie à plat, je chargeai l'interne de service de surveiller attentivement la langue, que j'avais pris la précaution de fixer aux pièces extérieures de l'appareil au moyen d'un fil passé dans son épaisseur ; puis, comme la déglutition était devenue impossible, je recommandai d'introduire plusieurs fois dans la journée la sonde œsophagienne pour alimenter le malade et lui donner quelques boissons. — Les suites immédiates de cette opération furent beaucoup plus simples qu'on n'aurait

pu s'y attendre ; c'est à peine s'il se manifesta de la fièvre : le malade reposa une partie de la nuit.

Le résultat final a été des plus heureux.

Cancer de la face, par M. Rochard. (Gazette des hôpitaux, p. 577.)

Ablation des os de la mâchoire supérieure gauche, d'une partie du sphénoïde et de l'ethmoïde.

Ablation du maxillaire supérieur, par M. Johnson. (The Dublin quarterly journal of med. science ; Gazette médicale, p. 156.)

L'auteur rapporte une observation, et fait l'historique de cette opération.

Tumeur fongueuse érectile du maxillaire supérieur, par M. Marjolin. (Gazette des hôpitaux, p. 217.)

Résection de la partie malade. — Mort une heure et demie après l'opération.

Tumeur fibroïde volumineuse. (Med. times and Gaz.; Union médicale, t. VII, p. 366.)

Cette tumeur s'attachait à la portion palatine du maxillaire supérieur, et remplissait la bouche et le pharynx. — Elle a été enlevée avec succès. La portion de l'os sur laquelle elle s'insérait a été réséquée.

Tumeur du sinus maxillaire, par M. Fritz.
(Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 326.)

Tumeur fibro-plastique du sinus maxillaire, par M. Soler.
(Siglo medico, n° 340 ; Union médicale, t. VII, p. 492.)

Ablation du maxillaire ; érysipèle œdémateux pendant la fièvre traumatique ; abcès salivaire, puis fistule y succédant, laquelle guérit par la cautérisation et la compression. Malgré ces accidents, la cicatrisation fut rapide.

Tumeur récidivée du maxillaire supérieur, par M. Dufour.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 68.)

Masse charnue du volume d'une forte noix, provenant de la récidive d'une ablation du maxillaire supérieur. — Comme élément histologique, on remarquait des fibres-cellules musculaires de la vie organique, ce qui a fait supposer que cette tumeur a pu avoir pour point de départ la peau ou les parties profondes du derme de la joue.

Cancer épithélial du pharynx et du larynx.
(Medical times and Gazette, février ; Union médicale, t. VII, p. 61.)

Des phénomènes d'asphyxie nécessitèrent la trachéotomie ; par suite de cette opération, le malade vécut encore plus d'une année. En dernier lieu, la déglutition n'étant pas possible, le chirurgien avait pratiqué la gastrotomie.

Recherches sur les kystes muqueux des sinus maxillaires, par M. Giraldès. (Paris, J.-B. Baillière, 2e édition, in-4°, 15 pages, avec 4 planches lithographiées.)

Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire, par M. Magitot.
(Paris, J.-B. Baillière, in-8, 72 pages.)

L'auteur donne le nom de *tumeur du périoste dentaire* à toute production organique molle, persistante, formant une éminence circonscrite et ayant son siége sur un point quelconque de l'étendue de la membrane périostale. — Ces tumeurs forment deux espèces distinctes au point de vue clinique. — 1° Les tumeurs *extra-alvéolaires* ou polypes accompagnant la carie dentaire et flottant dans l'intérieur de la bouche ; — 2° Les tumeurs intra-alvéolaires, ordinairement dépourvues de pédicule et ne faisant pas saillie à l'extérieur. — Ce sont ces dernières qui font l'objet du travail de M. Magitot, travail qui a pour base dix-huit observations recueillies par l'auteur. — L'anatomie pathologique de ces tumeurs est étudiée avec le plus grand soin. Après avoir étudié leurs variations de siége, de volume, de forme, etc., l'auteur, au point de vue histologique, les divise en cinq groupes. — 1° Tumeurs fibreuses ou hypertrophiques, caractérisées par une simple hypergénèse et hypertrophie des éléments primitifs normaux de la membrane alvéolo-dentaire. — 2° Tumeurs fibroplastiques voisines des précédentes et constituées par des éléments fibro-plastiques, soit simplement nucléaires, soit devenus corps fusiformes. — 3° Tumeurs épithéliales dont les éléments présentent, dans certains cas, des caractères analogues à ceux de la cellule dite *cancéreuse*. — 4° Tumeurs à *myéloplaxes*. Ce genre de tumeurs n'a été observé qu'une fois par M. Magitot. — 5 Il en est de même des tumeurs à *cytoblastions*, éléments qui, comme les précédents, se retrouvent dans beaucoup d'autres tumeurs de l'économie, et dont le développement est très-rapide. — L'*étiologie* de ces tumeurs n'a point fourni à M. Magitot de données bien concluantes. Cependant il lui a semblé que la carie

dentaire est complétement étrangère à leur formation : *à priori* on eût pu croire le contraire. — La *symptomatologie* et le diagnostic sont tracés d'une manière bien complète : après avoir insisté sur l'obscurité fréquente des premiers symptômes qui peuvent être facilement confondus avec ceux de la névralgie faciale, l'auteur entre dans des détails minutieux, mais nécessaires, sur les signes qui permettent de découvrir ou de soupçonner l'existence de cette maladie ; puis il passe en revue les diverses affections avec lesquelles on pourrait la confondre, savoir : la carie, la périostite et les abcès sous-périostaux dentaires, la névralgie faciale et les tumeurs dures des racines formées par des exostoses du cément. — Quant au *traitement*, il est jusqu'à présent encore à trouver : les moyens palliatifs, qui d'ailleurs ne s'adressent qu'aux accidents constituant une crise, permettront bien rarement d'éviter l'extraction de la dent malade.

Prothèse dentaire, par M. Preterre. (Académie de médecine, 10 janvier.)

M. Preterre présente un militaire pour lequel il a fabriqué un appareil prothétique destiné à réparer des désordres considérables de la mâchoire produite par une plaie d'arme à feu.

Evolution tardive et transposition d'une dent molaire, par M. Legendre. (Union médicale, t. V, p. 90.)

Cette observation se résume à un cas d'évolution peu tardive d'une dent molaire, probablement de la dent de sagesse, chez un homme de 35 ans ; fait qui n'offre pas une grande rareté, mais remarquable en ceci, que la transposition de cette dent dans une autre région lui a fait présenter tous les signes d'une troisième dentition.

Des adénites sous-maxillaires causées par la dentition, par M. Gouriet. (Gazette des hôpitaux, p. 454.)

L'auteur est arrivé, par un grand nombre de faits, à poser les propositions suivantes : Lorsque pendant le cours d'une dentition aucune lésion apparente de la peau ou des muqueuses ne peut rendre compte d'une adénite sous-maxillaire, la dentition envisagée comme cause est la règle et la diathèse scrofuleuse l'exception. — Ces sortes de tumeurs n'ont pas besoin pour se développer que la muqueuse buccale soit enflammée ou ulcérée, *il suffit qu'il y ait retard dans la sortie des dents*. Le travail qui se fait alors du côté du bulbe dentaire détermine une réaction ganglionnaire par l'entremise des vaisseaux lymphatiques profonds qui rampent à la face inférieure du chorion muqueux.

— L'iodure de potassium *intus et extra*, les résolutifs en général combattent l'effet sans s'adresser à la cause ; ils offrent peu de chances chez les adultes et échouent invariablement chez les enfants, à cause de la marche rapide que prennent chez ces derniers les affections phlegmoneuse. — Cet accident semble empêcher les autres accidents de la dentition d'être aussi graves, ce qui ne veut pas dire qu'il faille s'en applaudir.

Grenouillette des nouveau-nés, par M. Deschamps. (Gazette médicale, p. 552.)

L'auteur rapporte une observation ; il s'agit d'une jeune enfant chez laquelle la grenouillette a fait des progrès très rapides et a empêché la succion. M. Deschamps s'est assuré que le cathétérisme du canal de Warthon était facile au moyen d'un crin, et que cette petite opération faisait sortir un peu de salive. — Excision d'une portion du kyste et guérison. Après l'excision, on a pu s'assurer que le kyste communiquait bien avec le conduit de Warthon.

Fistule salivaire sublingale, guérie par un mode spécial de pansement, par M. Baumers. (Gazette médicale de Lyon, p. 58.)

Cette fistule était la conséquence d'une plaie ; elle siégeait dans la région sous-maxillaire. Deux opérations avaient été faites sans aucun résultat. M. Baumers eut l'idée de transformer, au moyen de la compression, la plaie infundibuliforme en plaie linéaire, et ce simple pansement, régulièrement fait, a suffi pour amener la guérison.

Observations sur l'existence d'un calcul salivaire chez un enfant nouveau-né, par M. Cloquet. (Académie des sciences, 14 mai.)

M. J. Cloquet présente, au nom de M. Burdel, une observation de calcul salivaire chez un enfant nouveau-né. M. Burdel a extrait ce calcul du conduit excréteur de la glande sublinguale chez un enfant âgé de trois semaines. Il a la forme d'un grain de blé, sa couleur est jaune, sa surface granulée, rugueuse et formée de très-petits mamelons soudés entre eux par leur base. — Cette concrétion est formée presque exclusivement par du phosphate de chaux tribasique, mélangé avec quelques centièmes de substance organique azotée, provenant des muscles des canaux salivaires. M. Cloquet pense que ce calcul n'a pu se développer pendant les trois semaines qui ont suivi la naissance ; il ne

connaît pas d'autre exemple de calculs salivaires chez les nouveau-nés, de calculs qui ont dû se former pendant la vie intra-utérine, époque où la salive doit contenir peu de sels.

Tumeur encéphaloïde sous-maxillaire, par M. Demarquay. (Gazette des hôpitaux, p. 230.)

C'est un exemple d'élimination spontanée de la tumeur par la gangrène.

Epithélioma de la parotide. (Gazette des hôpitaux, p. 585.)

Extirpation, — et ablation de l'apophyse zygomatique. — guérison.

Division de la langue; suture avec une nouvelle aiguille; guérison, par M. Vilches. (Siglo medico, nº 338; Union médicale, t. VII, p. 492.)

L'aiguille dont il est question est une aiguille ordinaire, peu courbe, montée sur un manche rond et présentant, à son extrémité antérieure, une espèce d'hameçon ou chas ouvert destiné à recevoir le fil après l'introduction de l'aiguille et à en ramener un des chefs par l'ouverture d'entrée en la retirant.

Extirpation d'un cancer de la langue par la galvano-caustique; pas d'hémorrhagie, par M. Semeleder. (Oester. Zeitsch. f. pract. Heilk.; Union médicale, t. VIII, p. 92.)

Division congénitale du voile du palais, guérie par les cautérisations successives, par M. Cloquet. (Académie des sciences, 14 mai.)

Rapport sur une observation de division du voile du palais, guérie par les cautérisations successives, soumise au jugement de l'Académie par M. Benoît. — Il s'agit d'une division congénitale de tout le voile du palais, guérie par la méthode des cautérisations successives. Ce travail, qui est accompagné de deux figures représentant l'état du sujet avant et après le traitement, offre le plus grand intérêt. — La difformité, bornée d'ailleurs aux parties molles, était accompagnée de tous les accidents qu'elle peut entraîner. L'enfant avait onze ans. — Le traitement, commencé le 8 mai 1857, fut interrompu deux fois, d'abord par un voyage que fit le malade, ensuite par une rougeole grave dont il fut atteint; déduction faite du temps perdu, il dura dix-neuf mois. — Le voile du palais est aujourd'hui complétement réuni; il reste

seulement une division de la luette. Tous les symptômes ont disparu ; l'articulation des mots est facile, mais le timbre de la voix n'est pas encore parfaitement pur ; il subsiste un peu de nasonnement, attribué par M. Benoît à l'habitude prise par les organes plutôt qu'à la fissure qui reste à réunir. — Ce beau succès a été obtenu au moyen de trente-trois cautérisations, quatorze avec l'azotate acide de mercure et dix-neuf avec le crayon d'azotate d'argent, portées, suivant le précepte que j'en ai donné, à l'angle et sur les bords de la division, sur une étendue de quelques millimètres seulement. — Voici donc un nouveau succès de réunion du voile du palais obtenu par les cautérisations successives sur un enfant tout jeune encore, craintif, et pour lequel par conséquent il aurait fallu attendre plusieurs années avant de pratiquer la staphyloraphie. La médication a été si peu douloureuse, a pris si peu de place dans la vie du sujet, que l'instruction de cet enfant, rendue jusqu'alors impossible par la difformité dont il était victime, a pu être commencée pendant le cours du traitement et continuée avec fruit. — Il est cependant des cas où les cautérisations, comme staphyloraphie, ne peuvent pas réussir : c'est lorsqu'il y a division et écartement des os palatins. Il faut alors avoir recours à l'autoplastie de la voûte palatine ; mais ici la cautérisation peut être un puissant auxiliaire, comme l'a fait remarquer M. Larrey dans un travail récent. « On pourrait, dit cet habile chirurgien, utiliser encore ce procédé dans les cas même où il ne suffirait pas à lui seul, lorsque, par exemple, une opération autoplastique, ayant été pratiquée, n'aurait pas réussi complétement, et laisserait persister un hiatus assez étroit. »

Raccourcissement de la luette, par M. Voltolini.
(Deutsche klinik ; Gazette médicale, 172.)

Voici comment l'auteur pratique l'opération : il introduit jusqu'au fond de la bouche une cuiller à soupe et déprime la langue avec le dos de la cuiller ; puis, avec de bons ciseaux, il coupe le bout de la luette, qui tombe ainsi dans la cuiller. Ce mode opératoire est, dit-il, très-simple et facile à pratiquer.

Fistule œsophagienne, par M. Maclachlan. (Glascow medical journal, janvier ; Archives générales de médecine, août p. 221.)

Abcès des poumons ouvert dans la plèvre et au dehors. La communication de l'œsophage avec l'extérieur se fait par l'orifice ouvert dans la bronche droite ou dans une de ses branches.

Des rétrécissements syphilitiques de l'œsophage, par M. West. (Dublin quaterly journal, février 1860 ; Archives générales de médecine, juin, p. 714.)

L'auteur rapporte deux observations qui, rapprochées des faits épars dans les auteurs, pourront, d'après lui, fixer la science sur ce point de syphililogie. Dans la première, il s'agit d'une malade qui présenta diverses manifestations syphilitiques et entre autres des ulcérations dans l'arrière-bouche et dans le pharynx. Jamais elle n'avait avalé de liquide caustique ou irritant. Une légère dysphagie était, au début, la seule manifestation morbide du côté de l'œsophage. Mais l'aggravation de ce symptôme ne tarda pas à faire soupçonner un rétrécissement, diagnostic qui ne put rester douteux un instant, après les tentatives du cathétérisme. L'aggravation des symptômes locaux et la détérioriation de la santé générale marchèrent de pair et la malade, qui bientôt ne put avaler que des liquides, finit par périr d'inanition. — L'autopsie montra un rétrécissement de la partie inférieure de l'œsophage, dans une étendue considérable. La présence de cicatrices récentes, en grand nombre, prouvait d'une manière évidente que les parois de l'œsophage avaient été le siége d'un travail d'ulcération. — La seconde observation montre également une malade chez laquelle un rétrécissement de l'œsophage survint après des manifestations syphilitiques secondaires et tertiaires.

Des accidents produits par les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, par M. Bournéria. (Thèses de Strasbourg.)

Fistule gastro-cutanée produite par un travail ulcératif entretenu par une compression externe, par M. Retsin. (Annales de la Société de médecine de Bruges ; Gazette médicale, p. 607.)

Séton au creux épigastrique. La malade entretient ulcérée l'une des ouvertures à l'aide d'une pression continue par une pièce de monnaie de 1 sou en cuivre. Au bout de trois ans, l'ulcération s'est ouverte dans l'estomac, qui déjà avait contracté des adhérences avec la paroi abdominale.

Gastrotomie faite pour extraire un corps étranger de l'estomac, par M. Bell. (Boston journal et Dublin medical press, 1860, p. 1, n° 15 ; (Gazette hebdomadaire, p. 341.)

Histoire d'une tumeur complexe de l'abdomen, par M. Puech. (Gazette des hôpitaux, p. 517.)

Rupture de l'intestin grêle, par M. Ed. Cruveilhier. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 54.)

Un palefrenier de 21 ans reçoit un coup de pied de cheval sur le ventre, qui devient le siége de douleurs très-vives. Vomissements; facies très-altéré; mort le lendemain sans grandes souffrances. — A l'autopsie, on trouve dans le péritoine un liquide sanguinolent et des fausses membranes; le jejunum est perforé dans la partie supérieure au niveau de l'hypochondre gauche. La perforation est assez irrégulière et anguleuse, un peu mâchée; elle ne dépasse pas 0,02 centimètres. Pas de trace de contusion dans les parois abdominales. M. Cruveilhier fait remarquer l'obscurité qui règne encore touchant le mécanisme de ces ruptures.

Perforation traumatique de l'intestin grêle, par M. Jaccoud. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 241.)

Hémorrhagie mortelle produite par la lésion des vaisseaux du mésentère cœcal, par M. Rapp. (Zeitschrift fur die staatsarzneikunde; Gazette médicale, p. 209.)

Blessure produite par la lame d'un couteau; hémorrhagie mortelle; il n'y avait pas d'autre lésion que celle des vaisseaux du mésentère.

Noyaux de cerises expulsés après un séjour de sept ans dans l'intestin, par M. Dagand. (Gazette hebdomadaire, p. 30.)

Corps étranger dans les voies digestives, par M. Rothmund. (Deutsche klinik, 1859, n° 15; Union médicale, t. VIII, p. 415.)

Sur la théorie de la formation des hernies, par M. Roser. (Union médicale, t. V, p. 521.)

M. Roser professe que, dans tous les cas, le sac herniaire préexiste, mais il peut rester longtemps vide, petit, étroit, froncé, et par conséquent difficile ou impossible à reconnaître par l'exploration. C'est dans lui que s'engagent les intestins plus ou moins rapidement, et la hernie devient alors patente. C'est donc à prouver la présence de ce sac et son mode de formation que M. Roser s'est attaché. Dans les *hernies crurales*, le sac herniaire se forme et est agrandi par des petits amas graisseux, appartenant au tissu sous-séreux, et intimement fixés au péritoine. Ils s'insèrent entre les fibres du septum crural, les écartent et les atrophient. Leur partie antérieure apparaît alors dans la cuisse, recouverte seulement par le fascia superficiel, y

trouve de l'espace dans lequel elle se développe, et l'amas devient pyriforme. A mesure qu'il avance vers l'inférieur, il entraîne toujours davantage le péritoine et forme un sac herniaire. On le trouvera toujours dans les hernies récentes ; il peut souvent manquer dans les vieilles hernies volumineuses, où il s'est dissipé par la pression du bandage ou sous d'autres influences. — Les *hernies inguinales externes* ne se forment pas non plus tout à coup, mais elles sont presque toujours congénitales. La tunique vaginale du cordon spermatique n'est bien souvent pas complétement adhérente au cordon jusqu'à l'orifice interne du canal inguinal ; il reste un entonnoir, un canal plus ou moins long, formant le sac herniaire, et dans lequel l'intestin ou une autre partie s'engage plus ou moins tard pour constituer la hernie confirmée. L'obliquité du canal inguinal, sa forme valvulaire, sont des conditions qui repoussent surtout pour ces hernies la théorie de leur formation subite par pression, et on ne les comprend bien qu'en admettant la préexistence d'un sac herniaire, quelque petit qu'il soit. La disposition anatomique indiquée par M. Roser vient d'être confirmée par le professeur Engel. — Les *hernies ombilicales* seules restent à l'ancienne théorie. La petite portion de péritoine qui correspond à l'anneau ombilical se laisse distendre par une pression *à tergo*.

Remarques sur les hernies, par M. Jarjavay. (Gazette des hôpitaux, p. 385.)

Observations et considérations sur l'étranglement herniaire dans l'intérieur du sac par une bride épiploïque, par M. Bourillon. (Gazette des hôpitaux, p. 557.)

L'auteur rapporte une observation recueillie dans le service de M. Demarquay ; il la fait suivre de quelques citations bibliographiques. — L'intestin, dans ce cas, s'est rapidement gangréné ; M. Demarquay l'a ouvert et il a posé un point de suture pour réunir les deux bouts de l'intestin, ce qui aurait pu faciliter la guérison de l'anus contre nature. Le malade a succombé peu de temps après l'opération.

Mémoire sur les relations des hernies avec les étranglements internes, par M. Duchaussoy. (Archives générales de médecine, février, p. 129.)

M. Duchaussoy a été frappé de la coïncidence assez fréquente de ces lésions avec les hernies proprement dites ; il est arrivé à quelques propositions générales ; ainsi, un étranglement interne, surtout s'il est situé vers l'extrémité inférieure de l'intestin, peut donner lieu à la production ou à la réapparition d'une her-

nie qui devient une cause de méprise sur le siége réel de l'étranglement. — On a pu croire à un étranglement interne, lorsqu'il s'agit d'une hernie externe. — Un sac déshabité a pu constituer une tumeur dans un canal herniaire et faire croire que ce canal était le siége de l'étranglement. — Toutes les fois qu'avec les symptômes d'un étranglement intestinal très-intense le chirurgien rencontrera une hernie assez facilement réductible, il devra soupçonner que l'étranglement n'est pas dû à cette hernie et ce soupçon devra faire place à la certitude, si les symptômes persistent après la réduction de la hernie ou ne sont que peu amendés. — Une hernie qui rentre bien habituellement peut, non-seulement cesser d'être réductible lorsque la portion d'intestin qui la constitue est située au-dessus d'un étranglement interne; mais les changements qui se font alors dans le volume de cette hernie peuvent même y faire naître un étranglement consécutif, si la cause de l'occlusion intestinale n'est pas découverte par le chirurgien ou s'il n'est pas en son pouvoir de la faire disparaître.

Quelques mots sur le diagnostic des étranglements herniaires, par M. Tardif. (Thèses de Paris, nº 16.)

Engouement herniaire vrai; réduction après dix jours de rétention du cours des matières, par M. Azam. (Société de chirurgie, 3 octobre.)

Un homme âgé de quarante ans, bien constitué, est entré à l'hôpital pour une hernie dite étranglée. Depuis l'âge de dix ans, ce malade est atteint de deux hernies inguinales qui l'obligent à porter un bandage; celle du côté gauche atteint quelquefois un volume considérable, d'habitude elle rentre sans difficulté; depuis quelque temps cependant, elle ne se réduisait pas facilement, sans que le malade en fût incommodé. — Le malade s'est aperçu, en se levant, que la hernie du côté gauche est sortie ; il essaye de la faire rentrer, sans pouvoir y réussir. Dans la journée, la tumeur devint douloureuse. — Lavement et limonade purgative ; — taxis sans succès et aggravation des symptômes. — Le lendemain, on est frappé de l'expression de souffrance du malade; le ventre, peu tendu, est douloureux ; le pouls est régulier et normal ; la tumeur herniaire, assez volumineuse, mesure 14 centimètres de hauteur et 32 de circonférence; elle est dure, point douloureuse à la pression, d'une matité absolue ; la peau n'est pas modifiée. Par une exploration, on reconnaît qu'elle est formée d'une masse dure et bosselée ; on constate qu'on a affaire à une entéro-épiplocèle renfermée dans un sac rempli de sérosité. — Le taxis est pratiqué sans résultat ; frictions avec de la pommade belladonée, bain, lavement purgatif et vingt-cinq sang-

sues sur la tumeur. — Le lendemain on constate une légère amélioration ; le taxis est pratiqué sans résultat pendant trois jours ; le ventre se ballonne de plus en plus ; anxiété ; l'abdomen est considérablement distendu ; les anses intestinales se dessinent à travers ses parois ; la tumeur herniaire est plus molle. On procède encore au taxis, et après dix minutes, l'intestin rentre en grande partie ; le malade est sorti guéri.

M. Giraldès fait remarquer qu'il s'agit plutôt ici d'un étranglement lent que d'un engouement herniaire par accumulation de matières ; et il est probable qu'une intervention plus énergique dans les premiers jours aurait triomphé de ces accidents. Bien que la temporisation ait été suivie de succès, elle ne lui paraît pas devoir être adoptée dans des cas analogues, car l'on sait aujourd'hui qu'elle est souvent fatale dans les hernies étranglées. Les relevés statistiques démontrent que la mortalité, après les opérations de hernie, est d'autant plus grande, que l'opération a été plus tardivement pratiquée.

Gastrotomie pratiquée pour un étranglement interne, par M. Millard. (Bulletins de la Société anatomique, 1859, p. 299.)

Remarques sur les bons effets de l'opium employé à doses fractionnées comme traitement consécutif à l'opération de la hernie étranglée, par M. Demarquay. (Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 295.)

M. Demarquay fait connaître deux points de sa pratique touchant les hernies étranglées ; il pense qu'il faut toujours reséquer l'épiploon dans les hernies antéro-épiploïques, pour prévenir les accidents de péritonite généralisée ou circonscrite, et la formation d'abcès intra-abdominaux. Après l'opération, au lieu de purger les malades, il vaut mieux, suivant la pratique de M. Monod, leur administrer l'opium à doses fractionnées : 10 centigrammes en dix pilules, une pilule toutes les heures. Cette médication, suivie pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, donne les meilleurs résultats. Si, pendant ce temps, le cours des matières ne se rétablit pas, on administre enfin un purgatif salin, qui réussit généralement bien.

Sur la persistance des signes de l'étranglement après la réduction ou l'opération de la hernie, par M. Allaux. (Thèses de Paris, n° 2.)

Nouvelle méthode pour réduire les hernies étranglées, par M. Richardson. (Cincinnati Lancet and observer ; Gazette hebdomadaire, p. 222.)

L'auteur a réussi à réduire deux hernies inguinales étranglées qui avaient résisté au taxis fait suivant la méthode usuelle, en

revenant au taxis après avoir fait placer son malade sur les genoux et les coudes, et en lui faisant exécuter en même temps un effort violent. La réduction s'opéra dans les deux cas avec une grande facilité, et ne fut suivie d'aucun accident. — M. Richardson pense que l'on pourra, par ce procédé, réduire toutes les hernies qui ne réclament pas la kélotomie, et que cette dernière opération sera réciproquement inévitable chaque fois que la nouvelle méthode aura échoué.

Lavement contre les hernies étranglées, par M. Newbold. (Journal de médecine pratique, juillet.)

Faire prendre toutes les deux heures un lavement ainsi formulé :

Pr. Sous-nitrate de plomb.....	40	centigrammes.
Eau distillée tiède.....	300	grammes.
Acide acétique étendu de 4/5 d'eau.....	8	—

M. Newbold assure qu'il a donné jusqu'à quatre et cinq lavements, et toujours avec de tels avantages, qu'il ne met pas en doute la possibilité d'éviter par ce traitement la kélotomie dans l'immense majorité des cas.

Sonde à gouttière pour faciliter le débridement dans la herniotomie, par M. Pertusio. (Gazette médicale de Lyon, p. 44.)

Au lieu de la sonde cannelée ordinaire, supposez un instrument terminé par un manche coudé. Puis, quant à la partie de cet instrument qui est destinée à être glissée sous l'anneau, figurez-vous une sonde cannelée plus volumineuse, à bords plus mousses, et offrant une face concave et une face convexe. Or, la particularité nouvelle, dans cet instrument, c'est que la cannelure qui doit guider le bistouri est creusée sur la face *convexe*. De cette manière, les parties fibreuses à diviser sont mieux tendues, et les viscères à ménager sont mieux protégés contre tout écart de l'instrument tranchant.

Résultats contraires de l'opération de Wood pour la cure radicale des hernies. (The Lancet, 14 janvier, et Gazette médicale de Lyon.)

Cette opération consiste à inciser la peau contre le cordon spermatique, puis à la refouler dans le canal et à l'assujettir dans cette situation, au moyen d'une aiguille qui va percer le pilier interne, puis le pilier externe de l'anneau inguinal. Deux opérations de ce genre et toutes deux semblables, récemment exécutées à Londres, ont eu un résultat entièrement opposé. —

L'une, faite par M. Curling, au *London hospital*, a bien réussi, du moins, en tant qu'opération, car le malade est sorti le dix-huitième jour. — L'autre, faite de la même manière, par M. Fergusson, sur un homme âgé de quarante-sept ans, bien portant, a occasionné la mort de l'opéré, laquelle a eu lieu au bout de quatre jours, par suite de péritonite.

Cure radicale d'une hernie inguinale au moyen d'un séton, par M. Rublee. (Med. times and Gaz , 21 juillet.)

Hernie peu volumineuse, mais dont la contention était impossible. On résolut de tenter la cure radicale. — Un séton, de la grosseur à peu près d'un écheveau de soie à coudre, imbibé de teinture d'iode, fut passé, au moyen de l'aiguille du docteur Rigg dans toute la longueur du canal inguinal, et laissé en place pendant quarante-huit heures. Il s'ensuivit une inflammation peu intense, sans douleur, qui, le troisième jour, avait déterminé dans le canal un dépôt de lymphe plastique. Le malade put quitter le lit au bout de deux semaines et marcher dans la maison en portant un bandage qui n'exerçait qu'une compression modérée pour ne pas amener la résorption de la matière plastique épanchée. Cet homme, au moment de la publication du fait, ne présentait plus trace de hernie et il avait repris ses occupations.

Eventration, par M. Herpin. (Gazette des hôpitaux, p. 540.)

L'éventration a été produite par un coup de corne de bœuf. Le paquet intestinal et l'épiploon sortaient. Il n'y a pas eu d'accidents immédiats ; la plaie s'est réunie sans suppuration, quoique l'épiploon fût resté interposé entre les lèvres de la plaie ; dans les environs de la plaie, la peau est restée insensible.

Hernie diaphragmatique; *mort*, par M. Lombroso. (Gazetta medica italiana ; Union médicale, t. VI, p. 301.)

Un homme reçoit un coup de couteau entre la cinquième et la sixième côte gauche ; il guérit de cette blessure. Mais, plusieurs mois après, il est pris, à la suite d'excès, de tous les phénomènes de l'étranglement interne et il meurt. — On trouve, à l'autopsie, une perforation du diaphragme, datant de l'ancienne blessure ; à travers cette perforation, une hernie étranglée ; l'intestin était perforé et un épanchement existait dans la cavité thoracique ; il avait un abcès considérable dans le lobe inférieur du poumon.

Observation de hernie diaphragmatique, par M. Laurent. (Gazette des hôpitaux, p. 452.)

Cette observation a la plus grande analogie avec la précédente.

Hernie diaphragmatique chez un enfant nouveau-né. (OEsterveichische Zeitschrift f. pract. heilkunde; Union médicale, t. V, p. 336.)

Cet enfant n'a vécu que quelques jours, pendant lesquels il a présenté à différentes reprises de la cyanose. Le côté gauche du thorax était mat depuis son sommet jusqu'à l'angle de l'omoplate; à partir de ce point, il y avait une sonorité tympanique. A l'autopsie, on a trouvé dans la cavité thoracique gauche, à la place du poumon qui était refoulé en haut, toute la masse gastro-intestinale, à l'exception du duodénum et du côlon descendant.

Eventration ou hernie ombilicale congéniale par absence d'une portion de la paroi abdominale antérieure, par M. Blot. (Société de biologie, septembre 1859; Gazette médicale, p. 13.)

L'enfant est mort cinq jours après la naissance; pas de traitement actif. On trouve à ce propos une observation de M. J. Bal, qui, dans un cas analogue, a obtenu la guérison par la suture du sac herniaire.

Inversion de l'intestin grêle à travers un diverticule ouvert à l'ombilic, par M. Gesenius. (Journal f. kinderkrankh; Union médicale, t. V, p. 446.)

A la chute du cordon, on constata à l'ombilic un petit corps rouge, qui augmenta bientôt et présenta les caractères de la muqueuse intestinale. — L'enfant ne tarda pas à succomber, et on put voir alors qu'à neuf pouces au-dessus du cœcum il existait un diverticule long de un pouce ouvert à l'ombilic; c'est à travers cette ouverture que la paroi postérieure de l'intestin grêle avait été poussée, la muqueuse en avant, et avait formé la tumeur préombilicale. Dans l'intérieur de la tumeur les deux séreuses étaient adossées et légèrement agglutinées.

Hernie ombilicale étranglée, par M. Launay. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 303.)

Il s'agit d'un enfant nouveau-né qui fut amené à l'hôpital avec des accidents d'étranglement provenant d'une hernie ombilicale congénitale. L'intestin offrait en cet endroit une coloration rou-

geâtre, une vascularisation anormale; il offrait des adhérences avec le sac; il y avait là une péritonite localisée.

Hernie ombilicale étranglée, par M. Raynaud.
(Bulletins de la Société anatomique, 1859, p. 273.)

Hernie ventrale étranglée, par M. Empis.
(Union médicale, t. VI, p. 613.)

Cette observation est remarquable par le volume de la tumeur, qui n'avait pas moins de 27 centimètres dans sa hauteur et de 34 centimètres dans sa largeur; par son siége à travers la ligne blanche où les étranglements sont rares, et plus remarquable encore par l'absence de vomissements dans le début, et par la rapidité de la mort, qui a eu lieu trente-six heures après l'apparition des premiers symptômes, qui n'ont consisté que dans quelques douleurs assez habituelles dans la tumeur et dans un ténesme vésical, dont l'autopsie n'a point donné l'explication, puisque la vessie était vide et les autres organes urinaires dans leur intégrité. — L'examen attentif des parties herniées, après la mort, a démontré un étranglement par le collet du sac, une inflammation limitée du péritoine et de la surface externe de l'intestin grêle étranglé, et quelques points granuleux qui avaient donné lieu à un peu d'épanchement dans la cavité du sac.

M. Hervez de Chégoin, cherchant à tirer quelque parti de cette observation curieuse par la terminaison de la maladie, mais que l'absence de symptômes caractéristiques semble ne pouvoir conduire à aucune induction pratique, a été cependant amené à formuler les conclusions suivantes : Que dans les hernies volumineuses anciennes, qui se sont opérées par une large ouverture, les douleurs, même légères, dont se plaignent les malades, doivent être prises en considération; — Que la constriction médiocre, exercée par le collet du sac, peut rendre raison du peu d'intensité de l'inflammation qui n'en marche pas moins sourdement à un résultat gangréneux; — Que l'absence de vomissements, dans le principe, qui tient à la même cause, ne doit point rassurer sur la gravité de la maladie; — Enfin, qu'après l'enseignement donné par cette observation, si pareil cas se représentait, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer l'opération. — Quant au ténesme vésical et à la suspension complète de la sécrétion urinaire, il faudrait également les prendre en considération, quoique nous convenions que nous ne trouvons d'autres explications de ces deux phénomènes insolites que dans le spasme produit par l'inflammation de l'intestin et du péritoine.

Descente d'un testicule simulant une hernie chez un enfant, par M. Bell.
(Brit. med. Journ., et Union médicale; Gazette des hôpitaux, p. 95.)

Hernie volumineuse; rupture accidentelle du sac, par M. Adams. (Med. times and Gaz., juin; Union médicale, t. VIII, p. 650.)

Vieillard de soixante-douze ans; hernie très-volumineuse. Le malade se heurte au niveau de sa hernie et tout aussitôt se déclarent des symptômes alarmants. Mort peu de temps après. On trouve une rupture du sac et un épanchement de sang dans le scrotum et dans l'intérieur du sac.

Hernie inguinale étranglée, par M. Royer. (Bulletins de la Société anatomique, 1860, p. 19.)

Etranglement par le collet du sac. L'opération entreprise pour remédier à cet accident resta incomplète, le chirurgien ayant cru à une réduction spontanée de la hernie. L'examen cadavérique démontra qu'il n'en était rien et que l'obstacle au cours des matières persistait. L'auteur a cherché dans l'épaisseur considérable du tissu cellulaire sous-cutané, dans l'adhérence de l'anse instestinale au sac herniaire, la cause de l'insuccès.

Hernie inguinale étranglée, par M. Dujardin-Beaumetz. (Bulletins de la Société anatomique, 1859, p. 276.)

Hernie inguinale étranglée, avec rupture du péritoine, par M. Palamidessi. (Le Sperimentale; Gazette médicale, p. 11.)

La hernie s'est montrée immédiatement après la chute du haut d'un arbre; signes d'étranglement; opération. Le malade avait le testicule droit dans l'anneau; la tunique vaginale était le siége d'une hydrocèle ancienne; quant à la hernie, elle s'était faite à travers une éraillure du péritoine, en arrière de la tunique vaginale; elle n'avait pas de sac. — Le malade a guéri.

Observation de kélotomie dans un cas de hernie inguinale droite étranglée, par M. Maher. (Gazette des hôpitaux, p. 478.)

Cas rare de hernie inguinale, par M. Bouisson. (Montpellier médical, t. V, p. 29.)

Ce fait est intéressant parce que c'était un exemple d'étranglement de l'intestin grêle à travers une perforation du mésentère.

Opération de hernie étranglée, par M. Piachaud. (Gazette des hôpitaux, p. 503.)

La hernie était étranglée depuis trente heures chez un garçon de dix mois. — Guérison.

Hernie étranglée. Moyen d'éviter un anus contre nature dans le cas de perforation intestinale, par M. Liégard. (Gazette des hôpitaux, p. 100.)

M. Liégard rappelle le procédé suivant, qu'il a conseillé depuis longtemps. Il conseille de renverser en dedans les bords de la petite perforation, d'adosser ainsi la séreuse avec elle-même, de la maintenir en contact par un point de suture, de réduire alors la hernie et de soutenir la perforation au fond de la plaie, au moyen des deux bouts du fil servant à la suture.

Hernie inguinale étranglée, par M. Warenghen.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 301.)

Dans ce cas, on aurait pu croire à la réduction d'une hernie en masse, si un examen attentif n'avait permis de déterminer le siége précis occupé par le sac herniaire et la cause de l'étranglement. Il ressort de la description de la pièce qu'il s'agissait d'une de ces hernies auxquelles on donne le nom générique de *hernies intra-abdominales*. C'est à la variété antévésicale qu'il faut rapporter la hernie décrite par M. Warenghen.

Hernie inguinale gauche très-volumineuse, par M. Janot.
(Moniteur des sciences médicales, p. 124.)

Etranglement; — opération; — guérison.

Opération de hernie étranglée sur un enfant de quatorze mois, par M. Ravoth. (Monatsschr. f. gebutsk; Union médicale, t. V, p. 462.)

La hernie était congénitale, inguinale, du côté droit, et n'avait été retenue que depuis le sixième mois; mais le bandage avait beaucoup de peine à l'empêcher de sortir, parce qu'elle était devenue très-volumineuse. Une excoriation déterminée par la pelotte fit enlever le bandage momentanément; la hernie sortit et ne tarda pas à s'étrangler. Le taxis n'eut pas de résultat; opération. La hernie occupait tout le scrotum, qui avait le volume d'un petit poingt d'homme. L'incision fut faite petite; deux artères peu volumineuses furent immédiatement liées pour laisser perdre le moins de sang possible. Le sac herniaire ne fut pas ouvert, mais, après l'avoir mis à nu, on arriva immédiatement à l'anneau inguinal; on se contenta de le dilater avec un petit crochet mousse, en même temps que l'on pratiquait le taxis. Cette manœuvre fit rentrer facilement l'intestin. En examinant encore une fois l'anneau inguinal, on y découvrit l'appendice vermiculaire sous la forme d'une petite anse, et on le repoussa

sans difficulté. L'opération, ainsi que les pansements suivants, furent faits pendant le sommeil chloroformique. Les suites de l'opération furent simples et sans accidents notables ; la moitié de la plaie se ferma par première intention, mais, le cinquième jour, la hernie se reproduisit sous l'influence des cris de l'enfant, et décolla les lèvres réunies de la plaie. On fit alors un pansement simple journalier, mais l'intestin avait une extrême tendance à sortir de nouveau. Néanmoins, la plaie était fermée le vingt-deuxième jour. — M. Ravoth établit en principe d'appliquer un bandage aussi tôt que possible dans les cas de hernie congénitale. Cette affection cause beaucoup d'inconvénients aux enfants ; ils souffrent de coliques, sont sujets à des altérations gastriques qui agissent défavorablement sur leur nutrition et leur développement; la hernie tend toujours à s'accroître, ce qui la rend difficile à contenir et diminue les chances d'une guérison radicale ; le testicule et le cordon spermatique peuvent en souffrir ; enfin, la hernie peut s'étrangler et nécessiter une opération ordinairement mortelle.

Observation de hernie crurale étranglée par l'anneau, par M. Gouriet. (Gazette des hôpitaux, p. 27.)

Hernie crurale étranglée comprenant seulement la moitié de la circonférence de l'intestin grêle, par M. Notta. (Union médicale, t. VII, p. 43.)

Sous l'influence d'une grande fatigue, une hernie épiploïque, irréductible, existant depuis fort longtemps, n'ayant jamais causé d'accidents, s'enflamme, se tuméfie et amène l'étranglement d'une petite partie de la circonférence de l'intestin grêle, qui se trouvait pincée dans le sac herniaire. Tous les symptômes de l'étranglement apparaissent alors, vomissements alimentaires, bilieux, puis fécaloïdes. L'application de la glace sur la tumeur, quelques fragments de glace pris à l'intérieur calment le spasme de l'intestin, et comme la continuité du tube digestif n'est pas entièrement interrompue, des bouillons, des potages sont digérés, des gaz sortent par l'anus : il y a donc lieu de croire à la levée de l'étranglement, et avec d'autant plus de raison que la tumeur du pli de l'aine reste indolente et n'est pas plus volumineuse qu'avant l'apparition des accidents. Nous crûmes à une épiplocèle, et le lendemain le malade se trouvait si complétement bien sous tous les rapports, que nous pensâmes pouvoir lui permettre de retourner chez lui. Un peu plus tard, du côté de la tumeur herniaire, survenaient des phénomènes graves, qui, malheureusement, n'attirèrent pas l'attention du malade. Ces douleurs, auxquelles le malade attachait si peu d'importance, étaient

évidemment déterminées par le sphacèle de la petite portion d'intestin herniée, sphacèle qui a dû envahir successivement la masse épiploïque et le sac herniaire, et, lorsque ce dernier obstacle a été détruit, les matières stercorales ont fusé dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse et ont amené avec une extrême rapidité un immense décollement.

Hernie crurale étranglée, par M. de Saint-Germain.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 252.)

C'est un exemple de pincement intestinal à travers l'un des orifices du *fascia crebriformis* ; c'est une variété d'étranglement par les orifices fibreux ou aponévrotiques. La disposition des parties nous fait voir, dans ce cas, l'avantage que l'on aurait pu retirer de la modification aussi simple qu'ingénieuse proposée par M. Laugier pour lever ces sortes d'étranglements, modification qui consiste à détruire à l'aigle de l'angle, le sac étant à découvert, la bride fibreuse qui étreint l'anse intestinale.

Hernie sous-pubienne ; étranglement ; mort ; autopsie, par M. Didion.
(Gazette des hôpitaux, p. 66.)

Hernie sous-pectinéale, par M. Adams.
(Gazette médicale de Lyon, p. 211.)

La hernie s'était engagée par l'anneau crural, mais, au lieu de suivre le canal de ce nom, elle avait passé à travers quelque ouverture ou fente anormale de la portion pectinéale du fascia lata. Cette hernie s'est étranglée ; dans l'opération qui a été faite, le chirurgien, ne connaissant pas la particularité à laquelle il avait affaire, a laissé subsister l'étranglement.

Quelques considérations sur l'anus contre nature accidentel, par M. Néron. (Thèses de Paris, n° 195.)

Anus artificiel, par M. Rochard. (Académie de médecine, 6 mars.)

M. Robert, au nom de l'auteur, présente une observation d'anus artificiel, faite avec succès par la méthode de Littre, dans un cas d'imperforation du rectum : l'enfant a aujourd'hui quatre mois et demi.

Imperforation de l'anus, par M. Velpeau.
(Gazette des hôpitaux, p. 354.)

Établissement d'un anus artificiel dans la région périnéale.

Absence de l'extrémité inférieure du rectum et de l'anus, avec fistule recto-urétrale. (Bulletins de la Société anatomique, p. 98.)

Enfant ayant plusieurs vices de conformation : bec-de-lièvre, luette bifide et imperforation de l'anus. Les urines étaient colorées par du méconium. — Opération au périnée : l'intestin n'est trouvé qu'à 12 centimètres ; canule à demeure. — Mort par faiblesse. — A l'autopsie, on ne trouve aucune lésion tenant à l'opération : le rectum communiquait avec l'urètre au moyen d'un petit trajet qui venait s'ouvrir dans le voisinage de la prostate. — Le rein gauche manquait.

Imperforation de l'anus, avec communication du rectum et de l'urètre, par M. Brouardel. (Bulletin de la Société anatomique, p. 285.)

Absence d'orifice anal ; rénitence au niveau de l'anus : on s'aperçoit que le méconium sort par l'urètre. — M. Velpeau plonge un bistouri à lame étroite au point rénitent ; il sort du méconium ; mais l'enfant refuse de prendre le sein, et il succombe bientôt. — A l'autopsie, on constate que le rectum se termine par une ampoule à 2 centimètres du périnée. De plus, au niveau du rectum, en avant, on voit une sorte de prolongement dans lequel le stylet peut à peine passer. Ce stylet arrive, par un trajet très-étroit, sous la muqueuse de l'urètre, qu'il ne peut franchir facilement. Cet orifice, qui fait communiquer l'urètre avec le rectum, se trouve à 17 millimètres du vérumontanum, et à 43 du méat urinaire.

Vice de conformation du rectum; communication de cet organe avec la vessie au moyen d'un anus anormal très-étroit, par M. Fortoul. (Union médicale, t. VI, p. 200.)

Imperforation du rectum avec fistule recto-vaginale, par M. Naudin. (Journal de médecine de Toulouse, n° 5.)

M. Naudin a fait une ouverture au périnée ; le cours des matières s'est établi par le nouveau trajet, et le chirurgien se proposait de fermer un peu plus tard la fistule vaginale, lorsque l'enfant a succombé à la diarrhée produite par une mauvaise alimentation.

De la valeur et des résultats des différentes opérations pratiquées pour remédier aux imperforations congénitales du rectum, par M. Curling. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 374.)

M. Curling a rassemblé un grand nombre d'observations ; de leur analyse il résulte que l'opération, qui consiste à ouvrir un

anus artificiel à la région périnéale, est celle qui a donné les plus grands succès; mais que l'opération n'a généralement des résultats définitifs qu'autant que l'on se conforme au précepte donné par Amussat d'abaisser l'intestin, et de le fixer par des points de suture aux bords de la plaie.

Oblitération complète de l'intestin grêle. (Med. times and Gaz., 28 avril 1860; Union médicale, t. VII, p. 334.)

Cette oblitération était produite par une bride, laquelle était la suite d'une péritonite qui avait affecté le fœtus à un moment de la vie intra-utérine. Le petit enfant a été inutilement opéré par le procédé d'Amussat; il est mort peu de temps après avec les mêmes symptômes.

Tumeur abdominale ganglionnaire coiffée par l'intestin et sortie par l'anus, par M. Roux. (Société de chirurgie, 25 avril.)

Squirrhe ombilical, par M. Nélaton. (Gazette des hôpitaux, p. 294.)

Fibrome de la paroi abdominale adhérent au péritoine; opération par morcellement et ablation incomplète, par M. Delaunay. (Moniteur des sciences médicales, p. 651.)

Traitement de la chute du rectum chez les enfants par les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine, par M. Foucher. (Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale, 1er juin.)

Ayant à traiter un enfant atteint d'une chute du rectum ancienne, M. Foucher songea à l'emploi des excitants de la contractilité anale, lorsqu'il se rappela les beaux succès que M. Béhier venait d'obtenir dans les névralgies au moyen des injections sous-cutanées, selon la méthode de Wood. Il eut alors l'idée de tirer parti de ce mode d'application du médicament, et de porter directement la strychnine sur les fibres du sphincter anal. — A cet effet, il enfonce la canule d'une seringue de Pravaz dans la direction du sphincter, à 1 centimètre environ en dehors de l'anus; il injecte ensuite 10 gouttes d'une solution contenant 20 centigrammes de sulfate de strychnine par 20 grammes d'eau distillée. Dans le courant de la journée, l'enfant n'éprouve rien d'insolite; elle mange et joue comme de coutume, et, sur trois garde-robes, la muqueuse ne tombe qu'une fois. Le lendemain, pas de prolapsus; le surlendemain, une seule chute de la muqueuse. Vingt-quatre heures après, M. Foucher injecta de nouveau 14 gouttes de la solution de sulfate de strychnine, et

depuis cette époque, pendant les six semaines que l'enfant reste dans le service, la muqueuse ne fait pas une seule fois prolapsus. — « Je ne voudrais pas, dit M. Foucher, exagérer l'importance d'une seule guérison obtenue dans une maladie qui guérit quelquefois facilement; cependant, j'ai trouvé ce traitement si simple, si peu douloureux, si exempt d'inconvénients, qu'il m'a paru utile de relater cette observation. »

Chute du rectum, par M. Frémineau. (Paris, Leclerc, in-8, 15 pages.)

Fissures anciennes à l'anus, par M. Gosselin.
(Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale, janvier.)

Cet article est consacré au traitement de cette affection, par la dilatation répétée. M. Gosselin obtient ainsi des succès là où d'autres méthodes ont échoué.

De la fissure à l'anus, par M. Copin (Thèses de Paris, n° 29.)

Emphysème du périnée, des bourses et de la paroi abdominale, survenu à la suite d'une opération de fistule à l'anus, par M. Demarquay. (Gazette des hôpitaux, p. 93.)

Opération très-simple de fistule à l'anus ; comme on n'avait pas de charpie longue, on fit une mèche avec de la filasse. Le malade en éprouva de la gêne, bientôt il eut de la tympanite. Seize heures après, il y avait un emphysème du périnée, des bourses et de la paroi abdominale. Ces gaz se résorbèrent rapidement, et le malade a guéri. Voici comment le fait est expliqué : — La mèche de filasse, recouverte de corps gras, a formé un véritable corps étranger, une espèce de tampon sur lequel s'est appliqué fortement le sphincter, dont les fibres étaient toutes intactes, d'autant mieux que les fibres du sphincter étaient irritées par la présence des fils de chanvre qui composaient la mèche. Par suite de cette contracture, les gaz intestinaux, fortement chassés par les mouvements péristaltiques de l'intestin, finirent par pénétrer dans les tissus et amenèrent l'emphysème.

Emphysème consécutif à des opérations pratiquées sur le rectum, par MM. Erichsen et Demarquay. (Archives générales de médecine, juillet, p. 100.)

Dans cet article, on rappelle le fait précédent, et, de plus, une observation analogue de M. Erichsen ; l'emphysème, dans ce dernier cas, était arrivé à la suite d'une ponction recto-vésicale.

Fistule anale; nouveau procédé opératoire, par M. Ulibarri. (Siglo medico, 353; Union médicale, t. VIII, p. 432.)

Fistule borgne interne. — Le patient étant couché sur le côté gauche, la jambe droite relevée, la canule d'un trocart courbe fut introduite dans l'anus sur l'indicateur gauche servant de conducteur en suivant la direction du sinus. Arrivé au fond, l'opérateur, relevant la main, fit saillir la pointe de la canule sous la peau, et introduisant alors le poinçon avec force traversa la peau ; le poinçon fut retiré, la pointe d'un bistouri courbe de Pott fut adaptée à l'extrémité de la canule, qui servit ainsi de conducteur pour que le bistouri embrasse les tissus à diviser, ce qui eut lieu en une seconde, en retirant de haut en bas les deux instruments ainsi unis : preuve évidente que la section était complète.

De l'extirpation du cancer du rectum par la ligature extemporanée, par M. Cortès. (Thèses de Paris, n° 21.)

Nous aurons occasion de revenir sur cette thèse, à propos du mémoire de M. Maisonneuve sur la *ligature extemporanée*.

Cancroïde volumineux du rectum ; extirpation par la ligature extemporanée; guérison, par M. Maisonneuve. (Gazette des hôpitaux, p. 450.)

Nouveau cas de guérison de cancroïde du rectum par la ligature extemporanée, par M. Dubrueil. (Union médicale, t. VIII, p. 376.)

Des affections strumeuses du rectum, par M. Rouse. (British medical journal, 17 décembre 1859; Gazette hebdomadaire, p. 349.)

Ces affections seraient assez communes ; elles débutent par un dépôt de matière tuberculeuse dans les follicules et dans le tissu sous-muqueux de l'intestin. Plus tard, ces dépôts sont remplacés par des ulcérations ; à leur voisinage, on trouve des épaississements, des inégalités, de véritables condylômes. — Avant tout, il faut diriger la thérapeutique contre l'affection générale.

De la cautérisatiion des plaies fongueuses de l'intérieur du rectum par la pâte au chlorure de zinc, à l'aide d'un instrument spécial, par M. Philippeaux. (Gazette des hôpitaux, p. 4.)

Corps étranger introduit dans le rectum et retiré au dix-huitième jour; guérison, par M. Rffy. (Journal de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, mars 1860.)

Mémoire sur le traitement des hémorrhoïdes par le fer rouge et l'écraseur linéaire, par M. Demarquay. (Gazette médicale, p. 634.)

M. Demarquay est partisan de ces deux procédés; toutefois, il dit que dans le cas où il y a une véritable altération de toute la muqueuse qui tapisse la partie inférieure de l'intestin rectum et du réseau vasculaire sous-muqueux, il est évident que la cautérisation au fer rouge bien faite doit être préférée, car elle seule peut modifier dans une grande étendue la muqueuse rectale ainsi que le réseau sous-muqueux ; de plus, le travail de dégorgement qui suit cette opération permet à l'intestin de reprendre sa place et au sphincter ses fonctions. Dans ces cas, évidemment, l'écraseur appliqué suivant la méthode de M. Chassaignac enlèverait un anneau plus ou moins étendu de la muqueuse rectale et du réseau vasculaire sous-muqueux, peut-être même de la membrane fibreuse, ce qui exposerait à une atrésie consécutive de l'intestin rectum, comme cela aurait lieu avec le fer rouge, si celui-ci était longuement appliqué, ainsi que le faisait Boyer. De plus, la cautérisation sagement dirigée agit puissamment sur la contractilité musculaire, ce que ne fait point l'écraseur.

Note sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, par M. Mercier. (Gazette médicale, p. 719.)

Dans cet article, M. Mercier développe les propositions suivantes : — Ce n'est pas au bout d'un mois ou six semaines qu'on peut savoir si la destruction totale d'une ou plusieurs tumeurs hémorrhoïdales doit laisser l'anus parfaitement libre ; ce n'est qu'après six mois, et quelquefois plus, que la rétraction cicatricielle est complète, et que le rétrécissement de l'orifice produit ses effets. — Il y a inconvénient à fixer et à soulever la tumeur au moyen de fils dont on traverse sa base. Peut-être ne faut-il pas chercher ailleurs que dans la pénétration et le déchirement des tissus vasculaires les quelques cas de phlébite que M. Demarquay dit avoir observés. Pas d'accident semblable en se servant de deux lames de bois ou de carton taillées en croissant, pour isoler ou maintenir les tumeurs pendant l'application du fer rouge. — M. Mercier se sert de cautères en forme de toupie, et il ne les applique que sur le point le plus culminant de la ou des tumeurs, de manière à ne détruire qu'une portion seulement de leurs enveloppes. — Immédiatement après, il fait appliquer de l'eau froide, puis des cataplasmes, et quelquefois, vers la fin du traitement, une compression légère, mais continuelle, avec de la charpie, hâte la disparition des derniers vestiges.

Du traitement des tumeurs hémorrhoïdales par l'écrasement linéaire par M. Lemariey. (Thèses de Paris, nº 31.)

Essai sur la maladie hémorrhoïdaire, par M. Chapiel. (Thèses de Paris, n° 241.)

Des tumeurs hémorrhoïdales et de leur traitement, par M. Benoît. (Montpellier médical, t. V, p 97.)

Traitement des tumeurs hémorrhoïdales par les applications de perchlorure de fer, par M. Seux. (Montpellier médical, t. V, p. 477.)

Considérations sur les symptômes et le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, par M. Nélaton. (Gazette des hôpitaux, p. 89.)

Hémorrhoïdes ; opération par la ligature ; hypnotisme, par M. Bouyer. (Gazette des hôpitaux, p. 315)

Concrétion calculeuse dans la cavité nasale. (Edinburgh medic. journal; Union médicale, t. VIII, p. 46.)

Le malade portait depuis longtemps ce corps étranger ; il avait senti que le volume en devenait de plus en plus considérable. La narine était fermée par une membrane qui s'était produite à la suite d'une variole. L'opérateur a commencé par inciser cette membrane, et le calcul a été extrait avec facilité ; ce corps étranger avait un pouce dans son grand diamètre.

Tumeur de la cloison nasale, par M. Velpeau. (Gazette des hôpitaux, p. 178.)

Il s'agit d'un abcès de la cloison, développé à la suite d'une cause traumatique. M. Velpeau a donné issue au pus.

Observation de rhinoplastie latérale, par M. Puech. (Montpellier médical, t. IV, p. 528.)

Cancroïde du nez. Extirpation ; autoplastie par glissement, d'après le procédé de M. Bouisson ; réunion immédiate. Guérison.

Polypes naso-pharyngiens, par M. Robert. (Académie de médecine, 17 janvier.)

M. Robert présente un jeune homme auquel il a enlevé, en 1850, un polype naso-pharyngien à prolongements multiples, après avoir fait préalablement la résection du maxillaire supérieur. Ce malade n'est nullement défiguré, et le polype ne s'est pas reproduit. — A l'occasion de ce fait, M. Robert discute la question de savoir si, après avoir excisé les polybes naso-pharyngiens, il convient d'en détruire les derniers restes à l'aide de

cautérisations répétées, ou si l'on doit se contenter de l'excision pure et simple. M. Robert cite quatre observations qui lui sont personnelles et dont le résultat, constamment favorable, semble justifier la seconde manière de faire, tandis que, sur plusieurs opérations faites suivant le premier procédé par M. Nélaton, on compte quelques revers.

Note sur un nouveau perfectionnement apporté à l'opération des polypes naso-pharyngiens, par M. Maisonneuve. (Académie des sciences, 13 août.)

Ces polypes constituent une classe redoutable de tumeurs qui, prenant naissance dans le périoste ou les tissus fibreux de la voûte du pharynx, s'insinuent, par leurs prolongements multiples, dans les diverses anfractuosités de la face, y déterminent les plus hideuses déformations, et finissent par compromettre la vie en obstruant les voies respiratoires et digestives. — Parmi toutes les méthodes opératoires proposées pour la guérison de ces tumeurs, une seule jusqu'à présent a été reconnue efficace et radicale : c'est celle de Flaubert, de Rouen. Elle consiste à extirper préalablement l'os maxillaire supérieur pour aller saisir le polype à son point d'implantation. Mais quand on l'exécute par les procédés ordinaires, cette précieuse méthode est d'une exécution si longue et si compliquée, elle détermine sur le visage de si graves mutilations, que les chirurgiens hésitent à en faire usage ou ne s'y déterminent qu'à la dernière extrémité. — Par le procédé de M. Maisonneuve, tous ces inconvénients disparaissent, et l'opération, tout en conservant son efficacité, a l'avantage de s'exécuter avec une grande rapidité et de ne laisser aucune trace sur le visage. Au moyen d'une pince incisive puissante, dont un des mors est introduit dans la narine, l'autre dans la bouche, il incise d'un seul coup la voûte palatine ; avec la même pince, dont un des mors reste dans la narine, tandis que l'autre embrasse la face externe du maxillaire, il opère la section transversale de l'os, qui, n'ayant plus de soutient, est extrait facilement et met à découvert l'insertion du polype, dont il devient alors très-simple de faire l'extirpation radicale. — Comme complément de cette description, l'auteur rapporte, dans son mémoire, l'observation d'un jeune homme auquel il a fait l'application de ce procédé et qui, en quelques semaines, a été guéri radicalement, sans qu'il restât sur son visage la moindre mutilation.

Polypes naso-pharyngiens, par MM. Huguier et Verneuil. (Société de chirurgie, 4 janvier.)

M. Huguier a présenté d'abord un jeune homme qu'il a délivré récemment d'un polype naso-pharyngien, implanté sur le bord

supérieur et postérieur du vomer et à la base des apophyses ptérygoïdes. L'incision en boutonnière du voile du palais lui a suffi, dans ce cas, pour arriver jusqu'à la base du polype, que le doigt, introduit par cette voie, pouvait circonscrire très-nettement. Le polype fut saisi et attiré à travers la boutonnière par des pinces de Museux courbes; puis, à l'aide de ciseaux fortement recourbés, il fut excisé à son point d'implantation. C'était un polype très-vasculaire et plutôt muqueux que fibreux. Six jours après l'opération, la plaie du voile du palais était cicatrisée, et M. Huguier regarde à cette heure la guérison comme avancée et définitive. Il fonde surtout sa confiance sur ce qu'il a enlevé même la membrane muqueuse du bord postérieur du vomer, sur lequel le polype était implanté.

Bien que ces tumeurs soient, comme on sait, presque constamment fibreuses, M. Verneuil a trouvé, dans l'une des nombreuses observations qu'il a réunies, la description d'un polype implanté sur l'apophyse basilaire, et qui, malgré cette origine, était un polype en grappe, de structure évidemment muqueuse. Parfois aussi, la structure de ces tumeurs de la base du crâne n'est pas la même dans le pharynx et dans les fosses nasales; elles prennent, dans cette dernière région, les caractères des polypes propres à la pituitaire, et leur aspect devient muqueux. — Relativement à la thérapeutique des polypes naso-pharyngiens, M. Verneuil pense que le procédé de Manne, c'est-à-dire la simple incision du voile du palais, est en général un mauvais procédé. Il est des cas cependant où ce procédé serait suffisant. Cela dépend du volume de la tumeur, de son siége et de l'étendue de sa base. — Dans tous les cas où il y aura lieu de douter de la possibilité d'enlever la tumeur dans son entier, il faudra recourir à une opération radicale. M. Verneuil aimerait mieux, dans ces cas, ouvrir immédiatement une voie très-large qui permît une ablation aussi complète que possible, que de recourir plus tard, pour compléter l'opération, à des cautérisations fréquentes et prolongées pendant trois ou quatre mois. — Parmi les opérations radicales, ou plutôt parmi les procédés qui permettent de pratiquer ces opérations, il en est un aussi vieux qu'Hippocrate, l'incision du nez sur la ligne médiane, que M. Verneuil regrette qu'on ait trop oublié.

Note sur un nouveau procédé pour le traitement des polypes naso-pharyngiens, par M. Rampolla. Rapport de M. Verneuil. (Société de chirurgie, 14 mars.)

Le procédé de M. Rampolla est basé sur cette idée, que l'extirpation des polypes naso-pharyngiens par la ligature est incomplète, si l'on n'agit pas dans une direction oblique, d'arrière

en avant et de bas en haut ; pour obtenir ce résultat, il faut partir de la gouttière lacrymale. Par une ouverture faite en ce point, il faut porter une sonde conduisant une anse flexible ou la chaîne d'un écraseur linéaire susceptible d'embrasser la tumeur. On agira ainsi sur le pédicule même, en rasant sa base d'implantation.

M. Verneuil a non-seulement fait un rapport sur le procédé de M. Rampolla, mais encore il a discuté avec un remarquable talent toutes les questions relatives au traitement de ces polypes. — M. Verneuil établit d'abord la nécessité des opérations préliminaires par lesquelles le chirurgien se propose de se frayer à travers les parties saines une voie artificielle jusqu'au point d'implantation du pédicule des polypes. — Les opérations simples, dans lesquelles on attaque le polype par les voies naturelles, peuvent bien compter quelques succès exceptionnels, mais elles sont ordinairement tout à fait inefficaces. — Trois voies bien distinctes conduisent à la base du crâne, où les polypes naso-pharyngiens prennent généralement naissance ; on peut donc admettre trois méthodes d'opérations préparatoires et annexer à chacune d'elles un certain nombre de procédés. — La *méthode nasale*, qu'on pourrait aussi appeler méthode anciennne, pénètre directement d'avant en arrière, en divisant le nez sur la ligne médiane ou latéralement, dans sa portion molle seulement, ou simultanément dans sa portion osseuse. — La *méthode buccale*, à laquelle on doit rattacher la boutonnière staphiline, la résection de la voûte palatine. — La troisième méthode, que M. Verneuil appelle *faciale*, creuse sa voie à travers le maxillaire supérieur ; tantôt elle sacrifie cet os en totalité, tantôt elle le perfore seulement, et conserve ou le plancher orbitaire ou l'apophyse palatine. — Ces trois méthodes fondamentales sont parfois associées. — Il est évident que les trois voies sont utiles, selon les cas. — La ligature, envisagée comme méthode d'excision, ne saurait, par quelque voie qu'elle soit portée, procurer la cure radicale des polypes naso-pharyngiens, si ce n'est à titre de rare exception. — M. Verneuil adopte sans hésiter le principe des opérations préliminaires larges qui donnent au chirurgien ses coudées franches, qui permettent de voir et de toucher, de détruire le mal en une seule fois, ou tout au moins dans un petit nombre de séances. — Si le diagnostic exactement établi a reconnu une implantation circonscrite et peu étendue, les opérations préliminaires à voie étroite peuvent convenir. — Tout en donnant à la voie préparatoire toute l'ampleur nécessaire, on atténuera les difformités consécutives, en comblant le plus tôt possible les brèches ouvertes, ce qui se fait en déplaçant, sans les sacrifier, les parties osseuses qui masquent l'abord du polype. — Les polypes naso-pharyngiens appartenant à la classe des

fibrômes à divers degrés d'évolution, on peut en espérer la guérison radicale par une extirpation complète ; tandis que par les cautérisations incomplètes et réitérées pratiquées sur un néoplasme quelconque on favorise souvent son accroissement et on lui communique une impulsion nutritive des plus énergiques. — S'il survient quelques accidents intercurrents ou si l'état général du malade interdit des séances trop longues, et si la perte du sang a été assez considérable, on ne terminera pas l'extirpation du polype le même jour; mais, en tout cas, on devra pratiquer à peu de distance les unes des autres les diverses opérations qui ont pour but d'amener la destruction de la tumeur. — On doit s'attacher à poser, avec le soin le plus minutieux, le diagnostic anatomique de la tumeur et de ses rapports, afin de choisir la voie préliminaire qui doit donner accès jusqu'au polype et utiliser les ravages qu'il a déjà causés. — La région sur laquelle on opère est telle, qu'avec quelques coups de pince ostéotome, on pourra toujours créer, séance tenante, un procédé particulier, afin de poursuivre les embranchements de la tumeur. — Dans les cas douteux, il ne faut pas reculer devant une opération préliminaire simplement exploratrice, comme, par exemple, la boutonnière staphyline ; il faut, autant que possible, pratiquer un procédé restreint, mais susceptible d'être facilement et promptement transformé en un procédé plus radical ; la voie nasale surtout paraît à M. Verneuil propre à ce résultat.

Dans la séance de la Société de chirurgie du 18 avril, M. Palasciano a réclamé pour lui l'invention du procédé de M. Rampolla.

Documents sur l'incision médiane du voile du palais et sur les polypes naso-pharyngiens, tirés de la pratique de Dieffenbach, par M. Verneuil. (Gazette hebdomadaire, p. 38.)

Dans cet article, M. Verneuil cite plusieurs observations empruntées à la pratique de Dieffenbach ; il montre par ces citations que le chirurgien de Berlin n'admettait l'incision du voile du palais qu'à titre de ressource tout à fait exceptionnelle, lorsque le volume, les adhérences et les accidents du polype étaient également exceptionnels.

De la perforation de l'unguis comme moyen de parvenir à la destruction des polypes de la base du crâne. (Gazette des hôpitaux, p. 331.)

Cet article ne porte pas de nom d'auteur. On y propose de perforer l'unguis pour arriver au pédicule des polypes naso-pharyngiens. Par l'unguis perforé on peut passer des anses de fil, et pratiquer ou la ligature, ou l'écrasement, ou la galvano-

caustique. On peut aussi, avec la pâte au chlorure de zinc, faire des cautérisations ; pour cela on amène l'anse de fil dans la bouche, on fixe sur elle du sparadrap au chlorure de zinc, et en ramenant l'anse de fil à travers l'ouverture de l'unguis, on amène le caustique au niveau du point que l'on veut cautériser.

Polype naso-pharyngien, par M. Brouardel.
(Bulletin de la Société anatomique, p. 145.)

M. Brouardel a présenté un polype naso-pharyngien ; le malade a succombé à une méningo-encéphalite. Une opération palliative avait été faite avec l'écraseur linéaire ; on avait ainsi enlevé une partie de la tumeur. — Le polype avait des insertions multiples sur l'apophyse basilaire et dans les fosses nasales.

Une discussion s'est engagée à ce propos sur les insertions de ces tumeurs et sur l'efficacité des cautérisations, telles que les pratique M. Nélaton. M. Verneuil a reproduit en partie les idées qu'il avait émises à la Société de chirurgie.

Prolongements intra-crâniens des polypes nasaux, par M. Huguier.
(Société de chirurgie, 9 mai.)

M. Huguier, outre tous les prolongements que peut avoir un polype naso-pharyngien, en signale d'autres plus importants encore à connaître, en raison de la gravité qu'ils donnent à la maladie. Dans un cas, en effet, il a rencontré chez un jeune sujet deux prolongements intra-crâniens d'un de ces polypes. Il y avait un prolongement à droite, qui était du volume d'une noix et qui avait pénétré par le trou déchiré antérieur ; il y en avait un autre à gauche, qui avait pénétré par l'autre trou déchiré, et offrait un volume beaucoup moindre. — Cette tendance des polypes à présenter des embranchements crâniens doit être, ainsi que l'a fait remarquer M. Huguier, beaucoup plus grande dans le jeune âge, alors que les sutures se laissent plus facilement disjoindre. Malheureusement le diagnostic de cette complication est impossible ; le sujet, par exemple, observé par M. Huguier, n'a présenté aucune altération ni des sens, ni du mouvement, ni des facultés intellectuelles.

Polype naso-pharyngien, par M. Bauchet.
(Gazette des hôpitaux, p. 241.)

Polype naso-pharyngien deux fois enlevé et deux fois récidivé. — M. Bauchet a cru que cette tumeur ne serait radicalement guérie que par l'ablation du maxillaire supérieur ; il a enlevé cet os en laissant intact le voile du palais. Une partie de la tu-

meur restant à la base du crâne a été détruite par des cautérisations avec le cautère électrique. Guérison, qui se maintenait encore plusieurs mois après.

Masse tuberculeuse développée à la partie supérieure du pharynx, par M. Marjolin. (Gazette des hôpitaux, p. 218.)

Communication avec la cavité crânienne ; elle simulait un polype naso-pharyngien ; accroissement rapide. Mort.

Fracture du cartilage thyroïde, par M. Landeta. (Bulletin de la Société anatomique, p. 269.)

Enfant de quinze ans ; il a été pris entre deux pièces de fer qui lui ont écrasé le cou d'avant en arrière. — Immédiatement dyspnée, cyanose, râle trachéal, voix aphone ; déglutition très-pénible. La partie antérieure du cou est saillante, par suite d'un emphysème qui s'étend sur la paroi thoracique. Mort six heures après l'accident. — A l'autopsie, on trouve de l'emphysème et des ecchymoses au cou ; les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens sont divisés. Le cartilage thyroïde est transversalement sectionné, et sur les deux fragments, inférieur et supérieur, on voit les traces d'une fracture oblique s'étendant sinueusement d'un fragment sur l'autre.

Section transversale complète du larynx, par M. Berchon. (Gazette des hôpitaux, p. 78.)

Section au moyen d'un instrument tranchant ; la réunion des bords de la plaie a été obtenue en vingt-trois jours.

Section incomplète et irrégulière du larynx et du cartilage cricoïde. — Mort en sept heures et demie, par M. Gautier. (Gazette des hôpitaux, p. 414.)

Plaie pénétrante du larynx; asphyxie; laryngo-trachéotomie; guérison, par M. Reynier. (Echo médical ; Gazette médicale, p. 655.)

Sur la brûlure du larynx, par M. Bevan. (Dublin quarterly journal of med. sc., février 1860 ; Union médicale, t. VIII, p. 40.)

L'auteur rapporte quatre observations ; ces brûlures arrivent quand les enfants boivent ou essayent de boire des liquides bouillants. Les accidents consécutifs peuvent être ainsi divisés : Dan la première période, la bouche et la gorge seules sont affectées

mais il n'existe aucun trouble de la respiration. Dans la seconde, il y a obstacle à l'accès de l'air par le fait d'une laryngite; l'œdème de la glotte et un commencement de congestion des poumons en sont la conséquence. Dans la troisième période, l'engorgement des poumons et une congestion cérébrale consécutive s'ajoutent aux précédents désordres. Au lieu d'avoir recours à la trachéotomie, qui est aujourd'hui généralement pratiquée en pareil cas, l'auteur voudrait qu'on instituât immédiatement un traitement antiphlogistique énergique (sangsues répétées, calomel, etc). Par ce traitement il a obtenu des succès que n'a pas donnés la trachéotomie ; il faut réserver cette opération pour les cas extrêmes, mais elle a peu de chances de succès, parce que c'est à une maladie des poumons que succombent généralement les petits malades.

Mort par brûlure du larynx et de la trachée, par M. Wieks.
(Gazette médicale de Lyon, p. 242.)

Un enfant, âgé de deux ans et demi, avala de l'eau bouillante. Peu d'heures après la dyspnée était si intense, qu'on dut le porter au Guy's hospital. Il avait cessé de respirer. M. Bankhart fit la trachéotomie. L'enfant parut d'abord se rétablir, mais il succomba au bout de trois jours à des symptômes de pneumonie. — L'autopsie fit découvrir une inflammation aiguë de toute la surface des voies aériennes, ainsi que les lésions de la pneumonie. La face inférieure de l'épiglotte, l'intérieur du larynx et de la trachée étaient couverts de fausses membranes, et les bronches étaient remplies d'un mucus purulent. — De la présence des fausses membranes l'auteur, M. Wieks, tire cette conclusion, digne d'être connue quoique étrangère au fait principal, savoir : que l'inflammation des voies aériennes, chez les enfants, a une grande tendance à revêtir le caractère croupal, et que, ainsi, le croup dépend plutôt de la structure anatomique des organes qui est propre à cet âge, que d'une nature particulière de maladie.

Traitement du bégayement, par M. Violette.
(Gazette des hôpitaux, p. 246.)

Dans cet article M. Violette passe en revue diverses méthodes de traitement, et en particulier les précautions recommandées par M. Becquerel.

Note sur les tumeurs du corps thyroïde, par M. Demarquay. (Gazette médicale, p. 450.)

M. Demarquay publie des observations de tumeurs du corps thyroïde; il insiste en particulier sur les dangers que peut produire une compression intempestive. Dans un cas qu'il rapporte, la tumeur, par suite de la compression, a été refoulée vers la trachée et vers le médiastin et elle y a déterminé des accès de suffocation qui ont amené la mort.

Des tumeurs du corps thyroïde, par M. Houel. (Thèses de Paris pour l'agrégation; G. Baillière, in-8, 99 pages.)

Travait très-complet sur la question.

Alimentation médicamenteuse appliquée au traitement et à la prophylaxie du goître, par M. Gonod. (Compte rendu des travaux de la Société médicale de Clermont-Ferrand.)

L'auteur propose de combiner au sel marin un certain nombre de médicaments actifs, tels que l'iode, le fer, le mercure, l'arsenic, etc. Pour nous borner à l'iode, M. Gonod a essayé de traiter de cette manière quelques cas de goître, et les tentatives qu'il a faites dans cette voie lui ont donné des résultats satisfaisants. Voici quelle est la méthode que M. Gonod a mise en œuvre et qu'il se propose de suivre : Pour un goître récent et peu développé, prendre chaque jour 1 gramme de sel résolutif avec les éléments. Si le goître est volumineux et d'ancienne date, ajouter un traitement externe, frictions avec pommade fondante. — Le sel résolutif contient par gramme 4 milligrammes d'iodure de potassium, 1 milligramme de bromure de potasse; le reste est du sel marin.

Hypertrophie du corps thyroïde simulant un anévrisme, par M. Raynaud. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 348.)

Goître lymphatique guéri par la galvano-caustique, par M. Moschuh. (Union médicale, t. VII, p. 184.)

Une observation pouvant prouver que ce mode de traitement fournit le moyen de combattre avec bonheur presque toujours les formes résistantes, noueuses du goître, formes contre lesquelles l'iode ne saurait plus rien faire.

Goître amenant la mort, par M. Edwards. (The Lancet; Gazette médicale, p. 129.)

Une femme de trente ans, d'une belle constitution, était affec-

tée d'une hypertrophie de toute la thyroïde. — Malgré l'emploi de l'iode à l'intérieur et à l'extérieur, la dyspnée alla en augmentant et la malade mourut d'apoplexie.

Du traitement du goître par les applications topiques de deuto-iodure de mercure, par M. Mill Frodsham. (Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 57.)

L'auteur considère ce traitement comme étant le meilleur que l'on puisse employer (V. l'*Annuaire*, t. III, p. 464); seulement, comme l'action des rayons solaires est absolument nécessaire à l'action curative de la pommade, on ne peut, dans les pays du nord, opérer les guérisons que pendant l'été. Voici comment procède l'auteur : Une pommade de deuto-iodure de mercure (80 centigrammes pour 30 grammes d'axonge) est d'abord employée en frictions sur la tumeur pendant plusieurs jours; puis, profitant d'une journée très-chaude et d'un soleil très-vif, le malade va s'exposer aux rayons solaires, la tumeur couverte d'une couche épaisse de pommade et la tête fortement relevée en arrière. En général, au bout d'une heure, il y a déjà une sensation assez vive de brûlure. Le malade retourne chez lui et cesse entièrement de faire des frictions avec la pommade.

Kyste enflammé et suppuré du lobe gauche du corps thyroïde, par M. Lemarié. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 313.)

Observation de pneumocèle traumatique, par M. Junquet. (Montpellier médical; Gazette médicale, p. 303.)

Rupture du poumon, par M. Coulon. (Société de chirurgie, 17 décembre.)

Rupture du poumon causée par le passage d'une roue de voiture sur la poitrine. Epanchement sanguin dans la plèvre et pneumothorax à la suite de cette rupture. Fractures de côtes incomplètes (la face externe est seule fracturée).

Variété non décrite des fistules pulmonaires cutanées, par M. Perrin. (Société de chirurgie, 11 janvier.)

M. Perrin avait montré, dans les premiers mois de l'année 1859, un malade guéri d'une fistule pulmonaire cutanée, survenue sans cause appréciable et en dehors de toute affection pulmonaire pendant la durée d'une fistule thoracique externe. — La guérison se maintient depuis un an, sans accidents nou-

veaux. — M. Perrin a pu, environ à la même époque, observer dans ses salles, jour par jour, la formation et l'évolution complète d'une fistule pulmonaire cutanée analogue à celle-ci.

Tumeur cancéreuse du médiastin supérieur : altération des ganglions thoraciques et abdominaux, par M. Mauriac. (Bulletin de la Société anatomique, p. 151.)

Tumeur squirrheuse développée dans les ganglions du médiastin, par M. Dieuzaide. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 140.)

Tumeur du médiastin, par M. Cruveilhier. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 180.)

Observation de cancer du poumon, par M. Gallard. (Société médicale des hôpitaux, 25 juillet ; Union médicale, t. VII, p. 378.)

M. Gallard présente une nouvelle observation de cancer du poumon (V. plus haut, p. 133). Les signes sthétoscopiques étaient semblables à ceux d'un épanchement pleurétique ; et si M. Gallard a pu, pendant la vie, porter un diagnostic à peu près certain, c'est qu'il avait eu sous les yeux un exemple analogue et que le malade avait, il y a deux ans, subi l'amputation de la cuisse pour une tumeur fibro-plastique (cancéreuse, dit M. Gallard).

Réflexions sur un cas d'empyème traumatique avec fistules, datant de dix-huit mois et terminé par la guérison, par M. Walter. (Union médicale, t. VI, p. 38.)

L'auteur, dans ses réflexions, veut prouver que l'air introduit dans la plèvre ne comprime pas plus cette membrane qu'il ne l'enflamme ; de même il n'exerce aucune influence fâcheuse sur les grandes collections purulentes que l'on ouvre. Il est vrai que souvent l'ouverture de vastes abcès profondément situés et résultant d'une lésion organique, est suivie d'une mort prochaine ; mais, même dans ce cas, ce n'est pas l'introduction de l'air dans ces cavités qui altère le pus et en augmente la quantité, c'est la mise à nu d'une large surface sécrétante dont les vaisseaux étant soustraits à la pression qu'ils supportaient de la part du liquide qui remplissait la cavité de l'abcès, subissent une certaine excitation en vertu de laquelle ils sécrètent du pus altéré et en plus grande quantité.

Adaptation à la canule du trocart d'une sonde spéciale dans l'opération de l'empyème et de la paracentèse, par M. Rousseau. (Académie des sciences, 16 juillet.)

Difformité thoracique. (Gazette des hôpitaux, p. 10.)

Cas remarquable de difformité thoracique, par M. Roger. (Union médicale, t. VI, p. 93.)

Lecture d'un rapport sur un cas de difformité thoracique considérable, par M. Voillez. (Union médicale, t. VI, p. 332.)

Déchirure du péricarde par l'ébranlement et la compression de la poitrine dans une chute, par M. Morel-Lavallée. (Gazette des hôpitaux, p. 73.)

Communication du péricarde et de la plèvre ; bruit de moulin ; fracture du temporal passant par la caisse du tympan, avec déchirure de la membrane du tympan, sans écoulement notable de sang par l'oreille ; avec un épanchement sanguin considérable dans le crâne, sans hémiplégie ; fracture de l'extrémité sternale de la clavicule.

Plaie du péricarde, par M. Warenghen. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 17.)

Cette plaie avait été faite par un couteau : le cœur n'avait pas été intéressé ; il y avait un sifflement et entrée d'une grande quantité d'air, qui n'était pas en rapport avec l'étendue de la poche. Le malade a succombé à une péricardite non suppurée.

Note sur une nouvelle méthode pour arrêter les hémorrhagies chirurgicales, par M. Foucher. (Gazette hebdomadaire, p. 20.)

M. Simpson vient de proposer un nouveau moyen pour arrêter les hémorrhagies traumatiques et remplacer les ligatures généralement employées en pareille circonstance : c'est l'*acupressure*. — Le procédé de l'acupressure consiste à passer l'aiguille deux fois à travers la substance de la plaie, de manière à comprimer, au moyen de la partie moyenne de l'aiguille, le bout cardiaque de l'artère blessée, dans l'étendue d'une ou de deux lignes. La seule partie de l'aiguille qui reste exposée à la surface saignante de la plaie, est cette petite portion moyenne qui passe par-dessus le tube artériel et le comprime. L'aiguille est retirée vers le deuxième ou le troisième jour ; et comme alors on suppose que l'artère est exactement oblitérée, en agissant ainsi, on ne laisse rien qui ressemble à un corps étranger dans les tissus composant les lambeaux ou les bords de la plaie. Pour produire exactement l'occlusion d'un tube artériel que l'on désire comprimer, il faut

que l'aiguille passée au-dessus de ce tube le presse avec une force suffisante contre quelque corps résistant. Ce corps résistant se trouve le plus souvent : 1° dans les parois cutanées ou autres tissus formant les bords de la plaie ; quelquefois dans un os voisin, ou quelque autre corps dur contre lequel l'artère est très-solidement prise et comprimée par l'aiguille compressive ; 2° et, dans quelques cas rares, il peut être utile en pratique d'introduire une seconde aiguille, qui servira de point d'appui pour la compression. Le plus souvent, une seule aiguille est parfaitement suffisante, même pour l'amputation de la cuisse ; seulement, un lambeau large et épais exige une aiguille d'une longueur proportionnée. — Pour appliquer ce moyen hémostatique, le chirurgien peut placer l'extrémité de l'indicateur de la main gauche sur l'orifice saignant de l'artère qu'il veut comprimer et clore ; puis, tenant l'aiguille de la main droite, il l'introduit par la surface cutanée du lambeau, et la pousse jusqu'à ce qu'elle ait traversé toute l'épaisseur et dépassé de quelques lignes la surface saignante de la plaie, un peu vers la droite et en avant de l'extrémité du doigt; alors, agissant avec la main droite sur la tête de l'aiguille, il incline et dirige la pointe de manière à lui faire faire un véritable point en travers du tube artériel, immédiatement au-devant de l'extrémité du doigt qui comprime; puis, pressant avec ce doigt sur l'orifice artériel, il pousse l'aiguille de façon à la faire entrer de nouveau dans le lambeau, à gauche de l'artère, et, continuant la pression sur l'aiguille, il la fait ressortir à la surface cutanée du lambeau. Le point où se trouve située l'artère est maintenu fixe et comprimé par l'arc ou pont d'acier qui passe au-dessus de lui. — Dans deux cas, M. Simpson a établi sur les branches de l'artère mammaire interne divisée une occlusion facile et parfaite, en passant l'aiguille à travers le lambeau, près de l'artère, et en la poussant à travers les tissus situés derrière elle.—Voici les avantages que M. Simpson attribue à ce procédé comparé à la ligature : — L'acupressure est plus facile, plus simple et plus prompte dans son application que la ligature. — Les aiguilles, dans l'acupressure, ne sauraient être envisagées comme des corps étrangers irritants ; elles peuvent, d'ailleurs, toujours être retirées au bout de deux ou trois jours, aussitôt que l'artère semble devoir être oblitérée. — L'acupressure n'entraîne pas, comme la ligature, l'ulcération, la suppuration et la gangrène des parties où elle est appliquée ; elle n'a aucune des conséquences morbides de la ligature. — Les chances de l'union des plaies par première intention sont plus grandes à la suite de ce procédé qu'après la ligature. — L'acupressure ne donne lieu ni à la phlébite, ni à la pyohémie; en un mot, à aucun des accidents de la fièvre chirurgicale.

Emploi de l'acupressure dans un cas d'amputation de la jambe à la partie supérieure, par M. Foucher. (Gazette des hôpitaux, p. 446.)

Acupressure, par M. Bonnafont.
(Académie de médecine, 4 septembre.)

M. Bonnafont annonce que M. Simpson a modifié son procédé d'acupressure primitif, de manière à ne plus prendre dans l'anse formée par l'aiguille toute l'épaisseur du lambeau d'amputation. L'aiguille appliquée sur la face saignante du lambeau, en sens inverse du procédé primitif, ne comprend qu'une partie des chairs et n'entraîne pas la peau. Au bout de quarante-huit à cinquante-deux heures, elle est retirée à l'aide d'un fil métallique qui y est resté fixé.

Note sur une nouvelle pince porte-ligature, par M. Judée.
(Gazette des hôpitaux, p. 327.)

Cette pince porte-ligature ne diffère de la pince ordinaire que par un petit bouton, dont est surmonté le mors qui n'est pas pourvu de la fermeture. — Pour lier une artère dans la contiguïté d'un membre, on commence par placer autour de ce bouton un fil, dont les deux extrémités sont ramenées sur la face antérieure du manche qui lui fait suite. On va ensuite à la recherche de l'artère, tout en maintenant le fil en place avec la main qui tient l'instrument. Une fois que le vaisseau a été saisi, on ferme la pince, puis on fait passer les deux extrémités du fil sur les côtés du deuxième manche, en portant le plus grand soin à ne pas changer leur position respective. On noue en serrant fortement, et la ligature est faite.

De l'hémostatique chirurgicale en général et de l'usage du sulfate de peroxyde de fer en particulier, par M. Arnaud. (Thèses de Strasbourg.)

Caillot, suite d'une ligature récente de l'artère fémorale, par M. Guyon.
(Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 330.)

Blessure de l'artère cubitale par un instrument coupant, par M. Bouyer.
(Gazette des hôpitaux, p. 454.)

Hémorrhagies répétées ; ligature de l'artère humérale ; guérison.

Compression digitale du canal de l'urètre, pratiquée durant une demi-heure pour arrêter une hémorrhagie traumatique inquiétante, par M. Maurice. (Annales de la Société de médecine de la Loire.)

Cas d'hémorrhagie artérielle, par M. Lemazurier. (Gazette médicale, p. 719.)

Ouverture de l'artère brachiale dans une saignée; compression digitale peu prolongée; ligature de l'artère brachiale; mort.

Ligature d'attente dans le cas de dénudation complète d'une artère, par M. Nélaton. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, juin.)

On rapporte un fait emprunté à la pratique de M. Nélaton.— Ce chirurgien avait, dans un cas de dénudation de l'humérale, posé une ligature d'attente; l'hémorrhagie s'est produite, mais elle n'a eu aucun effet fâcheux, grâce à la précaution qui avait été prise. M. Nélaton pose en principe que, dans les cas de dénudation artérielle rendant la gangrène du vaisseau imminente, il est utile de placer une ligature d'attente autour de ce vaisseau.

Sur la ligature de l'artère iliaque primitive, par M. Smith. (British medical journal, juillet.)

Les trois faits suivants de ligature de l'artère iliaque primitive, que nous empruntons à la chirurgie américaine, bien qu'ils se soient tous trois terminés d'une manière fâcheuse, n'en sont pas moins intéressants à étudier, et ne plaident nullement contre la ligature de l'iliaque primitive, car dans aucun de ces trois cas la mort ne peut être considérée comme la conséquence de l'opération. — I. Anévrisme de la fémorale et de l'iliaque externe, ligature de l'iliaque externe; au bout de deux ans, retour de la maladie, ligature de l'iliaque primitive; mort le trentième jour, par M. S. Smith. — II. Anévrisme ilio-fémoral, ligature de l'artère iliaque primitive avec un fil d'argent; dyssenterie; mort. — III. Anévrisme de l'artère ischiatique; ligature de cette artère, puis de l'iliaque primitive; mort, par M. Dugas.

Des blessures de guerre intéressant les artères du cou, par M. Chauvet. (Thèses de Strasbourg.)

Ligature des deux fémorales. (Med. times and Gaz.; Gazette médicale, p. 99.)

On a revu un homme opéré, en 1841, d'un anévrisme de la poplitée, par la ligature de la fémorale, et guéri, en 1843, d'un anévrisme semblable du côté opposé, par la ligature de l'autre fémorale.

Observation d'un coup de feu au bras droit; ligature de l'artère axillaire; guérison, par M. Billon. (Gazette des hôpitaux, p. 194.)

Ligature de l'artère fémorale pour arrêter une hémorrhagie pendant l'amputation de la jambe, par M. Hobart. (The Dublin quarterly journ. of. med. science; Gazette médicale, p. 155.)

Les artères se déchiraient avec une facilité telle, qu'on a dû renoncer à pratiquer des ligatures à la jambe, et qu'il a fallu faire la ligature de l'artère fémorale. — Guérison.

Traitement des plaies et des hémorrhagies traumatiques à la main, par M. Naïl. (Thèses de Strasbourg.)

Compression de l'aorte dans un cas d'hémorrhagie grave. (Union médicale, t. VIII, p. 625.)

Hémorrhagie à la suite de l'accouchement; syncope et état très-grave de la malade. Compression de l'aorte, faite avec modération; l'hémorrhagie utérine cesse, et tous les accidents sont conjurés.

Exemples d'hémorrhagies intermittentes guéries par l'emploi du sulfate de quinine, par M. Duclos. (Moniteur des sciences médicales, p. 134.)

Les observations suivantes d'*anévrismes de l'aorte* renferment des détails anatomiques intéressants, mais n'apportent aucun fait nouveau à l'histoire de ces anévrismes :

— Dilatation de la crosse de l'aorte, par M. Coulon. (Bulletins de la Société anatomique, 1859, p. 263.)

— Anévrisme de l'aorte ascendante, par M. Fritz. (Bulletins de la Société anatomique, 1860, p. 3.)

— Dilatation simple de l'aorte ascendante, par M. Fritz. (Bulletins de la Société anatomique, 1860, p. 11.)

— Anévrisme de l'aorte ascendante. (Bulletins de la Société anatomique, 1860, p. 12.)

— Anévrisme de l'aorte. (Bulletins de la Société anatomique, 1860, p. 13.)

— Dilatation de l'aorte, par M. Proust. (Bulletins de la Société anatomique, 1860, p. 64.)

— Anévrisme de la crosse de l'aorte, par M. Colombel. (Bulletins de la Société anatomique, 1860, p. 137.)

— Anévrisme de l'aorte, communiquant avec l'artère pulmonaire, par M. Pierreson. (Bulletins de la Société anatomique, 1860, p. 198.)

— Double anévrisme de la crosse de l'aorte, par M. Gérin-Roze. (Bulletins de la Société anatomique, 1860, p. 29.)

— Anévrisme mixte externe de l'aorte, par M. Briquet. (Gazette hebdomadaire, p. 301, et Gazette des hôpitaux, p. 214.

Anévrisme traumatique de l'artère sous-clavière, par M. Lefort. (Gazette des hôpitaux, p. 130, et Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 352.)

Ligature de cette artère en dedans des muscles scalènes et de l'artère carotide primitive. Mort.

Sur un anévrisme faux consécutif de l'artère sous-clavière droite, opéré par M. Cuvellier, par M. Legouest. (Gazette hebdomadaire, p. 87.)

Ce fait n'est autre que le précédent. M. Legouest, analysant cette observation et les réflexions qui la suivent, se range à l'opinion de M. Cuvellier, qui conseille, en pareil cas, de mettre la sous-clavière à découvert en dedans de la tumeur et d'y suspendre le cours du sang en la soulevant par une anse de fil et en faisant appliquer le doigt d'un aide sur le vaisseau ainsi soulevé; on procéderait ensuite par une incision à la recherche et à la ligature des deux extrémités de l'artère lésée.

Anévrisme de l'artère crurale; guérison, par M. Pitta. (Union médicale, t. VII, p. 543.)

La guérison a été obtenue par la ligature de la fémorale.

Anévrisme de l'artère poplitée, consécutif à une blessure produite par le dard d'une pastenaque (pastenaca raia), par M. de Closmadeuc. (Société de chirurgie, 31 octobre.)

Il n'y a de curieux dans cette observation que la cause peu ordinaire de la plaie artérielle.

Anévrisme de l'artère carotide primitive, par M. Delore. (Gazette des hôpitaux, p. 461.)

Ligature par la méthode d'Anel et par le procédé de M. Sédillot. — Mort le quarante-neuvième jour.

Parallèle entre l'opération dite *ancienne et celle de Hunter pour le traitement des anévrismes*, par M. Syme. (Gazette médicale de Lyon, p. 241.)

M. Syme croit que la ligature des deux bouts du vaisseau à leur embouchure dans le sac préalablement évacué constitue une méthode plus sûre et plus facile. Il ne consent pas non plus à la regarder comme étant contre-indiquée par l'état d'isolement du vaisseau d'avec les parties voisines. Pourvu que celui-ci reste encore intact dans sa gaîne, on peut opérer sur lui en toute sé-

curité. — M. Syme a dernièrement agi conformément à ces principes, et il n'a eu qu'à s'en louer. Dans un cas d'anévrisme énorme du creux axillaire, sur le point de se rompre, et donnant lieu aux plus menaçants symptômes, il ouvrit la tumeur, en retira près de *trois kilogrammes et demi* de caillots sanguins, et termina en liant les deux bouts de l'artère à leur entrée dans le sac. Le malade fut guéri, en six semaines, de manière à pouvoir reprendre ses occupations. Il faut ajouter que, en vue de toute éventualité à craindre, M. Syme avait d'abord mis à nu, par une incision, la sous-clavière à sa sortie des scalènes, de façon à la faire comprimer directement par un aide, et même à la lier, au besoin.

Anévrismes traités par la compression.

Cette question a encore été à l'ordre du jour, ainsi qu'on le verra par le nombre des observations. Tous ces faits se ressemblent beaucoup ; du reste, ils n'ajoutent rien à ce que nous savions sur les bons effets et sur le manuel opératoire *de la compression* ; aussi nous contenterons-nous de donner les titres :

— De la compression digitale dans le traitement des anévrismes chirurgicaux, par M. Gautron de la Bate. (Thèses de Paris, n° 111.)

— Du traitement des anévrismes externes par la compression digitale, par M. Hamel. (Thèses de Paris, n° 123.)

— Faits relatifs au traitement des anévrismes par la compression digitale, par M. Winkelhofer. (Gazette hebdomadaire, p. 635.)

— Deux nouveaux cas d'anévrisme externe guéris par la compression indirecte exercée avec le doigt, par M. Mirault. (Gazette des Hôpitaux, p. 314.)

— Note sur deux nouveaux cas d'anévrismes externes guéris par l'emploi de la compression digitale, par M. Mirault. (Société de chirurgie, 5 décembre ; Gazette des Hôpitaux, p. 586.)

— Du traitement de l'anévrisme externe par la compression indirecte, par M. Mirault. (Angers ; in-8°, 16 p.)

— Observation d'un anévrisme de l'artère humérale traité par la compression ; guérison après deux heures et demie de compression totale, par M. Denucé. (Gazette des Hôpitaux, p. 170.)

— Anévrisme de l'artère poplitée ; — Compression digitale ; — Guérison, par M. Laugier. (Union médicale, t. VI, p. 359.)

— Anévrisme du creux poplité ; — Compression digitale ; coagulation obtenue en moins de quarante-huit heures, par M. Laugier. (Gazette des Hôpitaux, p. 245.)

— Anévrisme poplité droit spontané ; — Compression indirecte et alternante, à l'aide des appareils polydactyles et à com-

pression. — Guérison, par M. Roux. (Gazette des Hôpitaux, p. 206.)

— Anévrisme poplité ; — Compression digitale ; — Guérison en trois heures et demie, par M. Fontan. (Gazette des Hôpitaux, p. 4.)

— Anévrisme poplité ; — Compression tentée sans succès ; — ligature de la fémorale superficielle, par M. Hall. (Edinburgh med. journ. ; Gazette médicale, p. 116.)

— Du traitement des anévrismes externes, par M. Nivert. (Thèses de Montpellier, n° 12.)

Anévrisme variqueux ; guérison, par M. Velasco. (Eco de los cirujanos ; Union médicale, t. VII, p. 543.)

Un homme de trente-neuf ans présentait un anévrisme variqueux diffus au pli du bras droit, à la bifurcation de l'artère humérale, résultant d'une piqûre de ce vaisseau, en pratiquant une saignée. La compression ayant été employée sans succès, on injecta avec un trocart fin deux drachmes (grammes?) de sesquichlorure de fer dans la tumeur, et le sang se coagula instantanément dans le sac ; la compression digitale de l'artère humérale prolongée pendant quarante-huit heures après l'injection, rendit le caillot assez consistant pour permettre au sang de reprendre son cours ordinaire.

Anatomie et physiologie d'un anévrisme artério-veineux, par M. Chauveau. (Journal de physiologie, p. 685.)

Traitement de la phlébite externe par l'emploi topique de la teinture d'iode, par M. Sporer. (Med. zeit. Russlands, et Med. times and Gaz., mai.)

L'auteur dit avoir retiré de grands avantages de l'application de la teinture d'iode pure le long du trajet des veines enflammées, sur une surface s'étendant à un pouce ou deux de chaque côté du vaisseau. Il faut que cette application soit faite en assez grande quantité pour obtenir la pénétration du médicament autant que possible, et en commençant il convient de réitérer toutes les deux ou trois heures. M. Sporer a, dit-il, obtenu des succès surprenants dans des phlébites qui s'étendaient jusque dans l'aine ou l'aisselle ; il cite des cas d'inflammations veineuses suite de saignées, ou consécutives à des phlegmons, des abcès, etc,, qui ont été par ce moyen guéris avec rapidité.

Gangrène par congélation des extrémités, par M. Azevedo. (Union médicale, t. VI, p. 495.)

Nouvelle méthode de traitement des varices, par M. Botto. (Gazette médicale de Lyon, p. 139.)

L'arrêt de la circulation dans un espace restreint d'une veine suffit pour provoquer la coagulation du sang qui s'y trouve contenu ; — La compression faite à l'aide du doigt ou d'un bandage sur un point unique de la veine ne peut donner aucun résultat utile ; — Le double bandage circulaire compressif, substitué à l'emploi de la main, constitue le plus simple de tous les traitements proposés contre les varices ; — Aucun autre moyen plus innocent ou plus à la portée de tous les praticiens n'a jamais été antérieurement proposé ou essayé, et pourrait même, de l'avis de l'auteur, être proposé ou pratiqué facilement dans la suite ; — Grâce à elle, une infirmité des plus rebelles peut être guérie radicalement, sans que les jours du malade soient exposés au moindre danger.

Traitement des varices et des ulcères variqueux par le perchlorure de fer à l'intérieur, par M. Bernard Kelly. (American medical monthly ; Gazette hebdomadaire, p. 124.)

M. le docteur Bernard Kelly (de New-York) emploie le perchlorure de fer à l'intérieur dans le traitement des varices et des ulcères variqueux. Il le donne sous forme de teinture, à la dose de 30 à 40 gouttes, trois ou quatre fois par jour, dans de l'eau, ou, de préférence, dans une solution de sulfate de quinine. De temps à autre, il donne un purgatif (aloès) pour combattre la tendance à la constipation. Il n'astreint d'ailleurs ses malades à aucun régime particulier, et les laisse se livrer à toute espèce d'exercice. — Sous l'influence de ce traitement, la plupart des symptômes incommodes qui accompagnent les varices ne tardent pas à s'amender et à disparaître ; les douleurs cèdent rapidement ; les extrémités débiles, affaiblies, reprennent de la force, la circulation veineuse devient plus active ; l'œdème disparaît, ainsi que les démangeaisons atroces qui affectent souvent les extrémités inférieures. Au reste, M. Kelly ne prétend pas guérir radicalement les varices par le traitement dont il s'agit ; le résultat qu'il dit en obtenir est de mettre les malades dans des conditions telles qu'ils puissent se livrer à leurs diverses occupations sans en souffrir et sans que les varices s'aggravent. Il n'en est pas de même pour les ulcères variqueux qui, d'après M. Kelly, se cicatrisent avec une grande rapidité, sous l'influence du même traitement, et en l'absence de tout pansement actif. M. Kelly n'em-

ploie les topiques que dans les cas compliqués. Il recommande de continuer l'administration du perchlorure de fer pendant un ou deux mois après la guérison des ulcères, pour prévenir toute récidive.

Considérations critiques sur le traitement des varices et de leur traitement par les injections de liqueur iodo-tannique, par M. Gauthier. (Thèses de Montpellier, n° 47.)

Nævus congénital, par M. Spence. (Edinburgh med. journ.; Gazette médicale, p. 116.)

Vaste tumeur érectile du crâne et de la face chez un enfant de quatre mois et demi, par M. Bertherand. (Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 420.)

Ligatures successives de la carotide externe et de la carotide primitive pratiquées le même jour; guérison.

Tumeur érectile veineuse de la région temporale, par M. Launay (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 289.)

Tumeur hématique développée à la partie postérieure et moyenne du bras droit, par M. Simon. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, *p.* 329.)

Cette tumeur a été prise pour un fibrome. Restée indolente pendant trente-cinq ans, elle avait fini par s'enflammer et donner lieu à un abcès; puis il s'était formé un trajet fistuleux au fond duquel on sentait un corps dur. L'extirpation de la tumeur fut faite : l'on reconnut alors qu'une coque fibreuse, incrustée de plaques calcaires, servait d'enveloppe à une tumeur constituée par de la fibrine concrétée. Dans un rapport des plus intéressants, M. Trélat a discuté toutes les difficultés de diagnostic auxquelles ces tumeurs peuvent donner lieu. En citant quelques observations analogues, il a montré que parfois le pronostic n'était pas sans gravité, et que ces tumeurs n'étaient pas exemptes de récidives.

Tumeur érectile veineuse, par M. Cavasse. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 166.)

Enfant de onze ans. — Cette tumeur était congéniale ; elle était située sur l'un des doigts; les phalanges étaient atrophiées ; depuis quelque temps la tumeur faisait des progrès ; de plus, il y avait des hémorrhagies fréquentes. Amputation du doigt ; guérison.

Note critique sur l'emploi du séton filiforme dans le traitement des bubons suppurés, par M. Marquez. Rapport de M. Gros. (Gazette hebdomadaire, p. 72-76.)

M. Marquez revendique pour son maître, M, Martin, et pour lui-même la priorité du séton filiforme ainsi employé ; ils en ont fait usage avant M. Bonnafont. M. Marquez croit que ce traitement ne convient que dans les bubons non virulents ; pour les tumeurs virulentes, il donne la préférence aux caustiques ou bien aux ponctions suivies d'une injection iodée.

Tumeur formée par plusieurs ganglions lymphatiques devenus tuberculeux, par M. Parmentier. (Bulletins de la Société anatomique, 1859, p. 301.)

Blessure de la région latérale de la tête, par M. Bonnefous. (Montpellier médical, t. V, p. 248.)

Lame de couteau séjournant dans l'épaisseur du cerveau pendant deux ans et huit mois. — Extraction. — Guérison.

Des lésions traumatiques de l'encéphale, par M. Bauchet. (Thèses de Paris pour l'agrégation, A. Delahaye, in-8, 199 pages.)

On trouve dans cette thèse tout ce qui a rapport à ce sujet, et l'exposé des recherches physiologiques les plus récentes.

Du pneumatocèle du crâne, par M. Voisin. (Thèses de Paris, n° 209.)

Des effets produits sur l'encéphale par l'altération des vaisseaux artériels qui s'y distribuent, par M. Ehrmann. (Paris, J.-B. Baillière, in-8, 81 pages.)

Tumeur cancéreuse du cerveau, par M. Baudot. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 120.)

Cette tumeur n'a pas offert de particularité bien intéressante; elle a fourni à M. A. Fournier l'occasion de faire un bon rapport, dans lequel il étudie l'étiologie et la symptomatologie des tumeurs du cerveau.

Tumeur fibro-calcaire de la dure-mère, par M. Bonnejoy. (Société de biologie; Gazette médicale, p. 505.)

Femme de cinquante-cinq ans. — Pas de symptômes appré-

ciables. Mort par apoplexie. La tumeur n'a eu aucune influence sur la production de l'épanchement. Elle est constituée par du tissu fibreux, ayant en partie subi la dégénérescence calcaire.

Hydroméningocélie, par M. Gintrac.
(Journal de médecine de Bordeaux, juin.)

Céphalématome extra et intra-crânien, par M. Michon.
(Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 265.)

Du traitement du spina-bifida par les injections iodées, à propos d'un nouveau cas de ce vice de conformation, guéri par ce moyen, par M. Viard. (Gazette des hôpitaux, p. 578.)

Le travail de M. Viard contient le développement des propositions suivantes : — L'absence de pédicule dans la tumeur et l'hydrocéphalie ne sont pas des contre-indications de l'opération. — La méthode des injections iodées doit être employée de préférence à toute autre. — Les tumeurs rachidiennes peuvent être réunies en deux groupes : le premier, comprenant les tumeurs pédiculées et non pédiculées, pourra être traité au moyen du procédé admis par les chirurgiens français, c'est-à-dire par l'évacuation complète de la tumeur, et l'injection dans la cavité de celle-ci d'une solution dans laquelle les agents médicamentaux entreront d'abord pour un quart. Cette proportion sera augmentée graduellement suivant les effets obtenus. Il est indispensable dans ces cas d'oblitérer complétement l'ouverture vertébrale, et de ne pas laisser autant que possible de liquide iodé dans la cavité de la poche. Dans les tumeurs à base large, un tampon oblitérateur sera appliqué avant l'injection sur l'orifice de communication, et laissé à demeure jusqu'à ce qu'une sécrétion de sérosité nouvelle soit venue distendre le sac. — Le deuxième groupe, renfermant les tumeurs compliquées de la dissociation et du déplacement des éléments médullaires, ou d'une hydrocéphalie, devra être attaqué par le procédé des solutions étendues injectées soit au moyen d'une seringue ordinaire, soit d'un corps de pompe gradué proposé par M. Debout. Si ce dernier moyen était adopté, le médicament devrait être injecté pur ; il serait prudent de débuter par une dose de 5 gouttes dans les tumeurs petites, 10 gouttes dans les moyennes, et 15 gouttes dans celles qui sont très-volumineuses. Ces quantités seraient graduellement augmentées si l'inflammation cherchée n'est pas assez considérable. — La paralysie du rectum, celle du col de la vessie, et la paraplégie, déterminées par l'action traumatique de la solution iodée sur la substance médullaire et ses enveloppes, n'est pas nécessairement incurable, à la condition cependant que cette action

n'aura pas été ni trop intense ni de trop longue durée. — L'instrument le plus favorable et jouissant de la plus grande innocuité, pour opérer la ponction de la tumeur, sera un trocart capillaire. Plus la tumeur sera volumineuse et distendue, plus l'emploi de ce trocart sera nécessaire. — La ponction sera faite dans la peau saine et près de la base de la tumeur. — Aucune compression ne sera établie sur la poche après l'opération ; on fera même bien de la protéger par un appareil approprié.

Remarques sur un nouveau cas de spina-bifida, traité avec succès par l'injection iodée, par M. Debout. (Bulletin de Thérapeutique, LIX, p. 439.)

Rapport de M. Debout sur l'observation de M. Viard. M. le rapporteur adopte les conclusions de M. Viard, surtout sur l'efficacité des injections iodées, qui constituent le meilleur traitement du spina-bifida.

Nous trouvons sur le même sujet :

— Tumeur lombaire présentant les caractères d'un spina-bifida ; paralysies partielles consécutives, par M. Demeaux. (Société de chirurgie, 4 janvier.)

— Deux observations de spina-bifida de la région lombaire, chez des sujets qui ont vécu jusqu'à l'âge adulte, par M. Broca père. (Gazette des hôpitaux, p. 366.)

— Spina-bifida chez un sujet qui a vécu dix-huit ans, par M. Delacour. (Société de chirurgie, 22 août.)

— Spina-bifida ; double pied-bot ; pied-bot talus valgus à gauche ; pied-bot talus avec pied creux à droite, par M. Marjolin. (Société de chirurgie, 19 septembre.)

— Cas de spina-bifida occupant la région dorso-lombaire, traité avec succès par l'excision de la tumeur, par M. Gigon. (Société de chirurgie, 12 décembre.)

— Spina-bifida de la région lombaire chez un enfant de trois mois. — Ponction. — Injection iodée. — Mort, par M. Texier. (Moniteur des sciences médicales, p. 725.)

— Spina-bifida, par M. Launay. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 342.)

Mal de Pott, avec l'examen microscopique de la moelle épinière, par M. Touzé. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 268.)

Au-dessous du point comprimé, la cellule nerveuse multipolaire est altérée et envahie par des granulations jaunâtres, en si grande quantité, que ces cellules en sont remplies, et que leur noyau est à peine visible.

De l'existence d'un appendice à la région sacrée chez une petite fille, par M. Arrachart. (Gazette hebdomadaire, p. 830.)

Note sur un cas d'hypertrophie de la glande coccygienne de Luschka, par M. Heschl. (Oesterreichische zeitschrift für prakstiche heilkunde, nº 14, 1860; Gazette hebdomadaire, p. 621.)

De la glande coccygienne et des tumeurs dont elle peut être le siége, par M. Perrin. (Thèses de Strasbourg.)

Du traitement de la fistule lacrymale, par M. Couranjou. (Thèses de Paris, nº 2.)

D'après l'auteur, l'indication principale est de modifier l'état morbide des parties. Si c'est une inflammation simple, on emploiera les antiphlogistiques; s'il s'agit d'une inflammation du bord libre des paupières, on prescrira les astringents ; si la tumeur devient phlegmoneuse, on l'ouvrira : la cautérisation sera indiquée soit pour modifier les surfaces, soit pour en obtenir l'adhérence; l'occlusion des voies lacrymales n'entraîne pas forcément un épiphora continu. Les méthodes ayant pour but de dilater le canal nasal ou d'ouvrir aux larmes une voie artificielle n'ont pas de raison d'être. — La constitution du malade doit être prise en sérieuse considération.

De la cure radicale des tumeurs et fistules lacrymales par le caustique au chlorure de zinc, dit *pâte de Canquoin*, par M. Deval. (Gazette des hôpitaux, p. 218.)

On incise méthodiquement le sac, et on le lave à l'aide d'une éponge imbibée d'eau froide. Quand l'écoulement du sang a cessé, on prend un cylindre de pâte de Canquoin nº 1, de la grosseur d'une plume de corbeau, préparé *ad hoc;* on en coupe un morceau long d'environ 8 à 10 millimètres, et on l'introduit par la plaie dans le sac. Le caustique ne tarde pas à agir, et le malade éprouve bientôt une douleur cuisante, qui dure quelques heures et s'éteint graduellement. L'escarre présente une teinte gris noirâtre, à bords parfaitement tranchés. La plaie est généralement entourée d'une auréole rouge, et quelquefois un peu œdémateuse, qui pourrait, à première vue, en imposer pour de l'érysipèle, mais c'est là simplement l'effet de la cautérisation. Dans un laps de temps compris entre douze et dix-huit jours, l'escarre se détache, entraînant avec elle les détritus de la pâte, si on n'a pas le soin de les enlever douze, seize ou vingt-quatre heures après l'opération. La chute des parties sphacélées est bientôt suivie de

la cicatrisation de la plaie. Les téguments s'assouplissent peu à peu, et la cicatrice finit par disparaître. Le larmoiement, comme dans toutes les oblitérations du sac, diminue insensiblement et cesse à la longue.

Guérison de la tumeur et de la fistule lacrymales par l'oblitération du sac, par M. Magne. (Société de médecine pratique; Gazette des hôpitaux, 220 et 316.)

M. Magne a présenté les instruments qu'il emploie depuis douze ans pour l'opération de la fistule lacrymale. Ce sont : — un couteau à fistule du sac lacrymal ; — un spéculum ou dilatateur du sac lacrymal ; — une petite pince à pansement ; — un porte-caustique constitué par une pince en argent à trois branches, qui se resserrent à l'aide d'un anneau et qui embrassent l'éponge imbibée de caustique. — M. Magne divise l'opération en deux temps : — *Premier temps*. Le sac étant distendu par le liquide amassé depuis la veille, ou par une injection d'eau tiède, le malade étant assis, l'aide placé derrière lui fixe d'une main la tête contre sa poitrine, et de l'autre fait saillir le tendon de l'orbiculaire, en tirant vers le temporal la commissure des paupières. Armé du couteau qui doit être tenu comme une plume à écrire, je fais la ponction du sac de haut en bas, à 1 millimètre en dedans du tendon de l'orbiculaire et sur la même ligne ; le pus ou muco-pus qui s'échappe annonce que l'instrument a pénétré dans le sac ; je prolonge alors l'incision de haut en bas, de manière à lui donner au moins 7 ou 8 millimètres de longueur. Je dis perpendiculairement, et ce point est des plus importants, attendu qu'une incision oblique modifierait désavantageusement la courbe normale de la paupière inférieure lors du travail de cicatrisation. S'il existe un trajet fistuleux, je fais l'ouverture de la même manière, en comprenant l'orifice de la fistule dans l'incision. — *Second temps*. La plaie étant nettoyée, j'introduis entre ses lèvres le spéculum que j'ai appelé *dilatateur du sac*, et que je confie à la main de l'aide restée libre ; je fais pénétrer alors jusqu'au fond du sac mon porte-caustique chargé de beurre d'antimoine ; je le dirige de bas en haut et de dehors en dedans, de manière à attaquer plus directement l'embouchure des conduits lacrymaux. Je retire le porte-caustique au bout de quelques secondes, en le promenant dans l'intérieur du sac et le ramenant ensuite rapidement au dehors.

Fistule lacrymale ; oblitération du sac ; guérison au vingt-huitième jour, par M. Magne. (Gazette des hôpitaux, p. 275.)

Fistule lacrymale ; opération par le procédé de M. Magne ; guérison, par M. Fraissine. (Gaztete des hôpitaux, p. 492.)

Du traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales par les injections à travers le canal lacrymo-nasal, par M. Fano. (Gazette des hôpitaux, p. 134.)

M. Fano cite des observations qui témoignent de l'utilité des injections par les points lacrymaux dans les tumeurs et la fistule lacrymale. — I. Dacryocystite du côté gauche. — Oblitération commençante du canal lacrymo-nasal. — Injections fortes, répétées tous les jours, par le point lacrymal inférieur. — Guérison rapide. — II. Fistule du sac lacrymal droit, avec ulcération large de la paupière inférieure. — Injections fortes, répétées tous les jours, par le point lacrymal inférieur. — Iritis syphilitique intercurrente. — Guérison complète.

Oblitération des conduits lacrymaux traitée par le cathétérisme forcé; guérison, par M. Mourlon. (Gazette des hôpitaux, p. 567.)

Traitement des obstructions des voies lacrymales par la méthode de M. Bowman, par M. Teale. (Gazette hebdomadaire, p. 475.)

Les procédés de M. Teale diffèrent un peu de ceux de l'auteur de la méthode. Voici en quoi ils consistent : — On introduit un stylet cannelé de Critchett par le point lacrymal inférieur, après l'avoir élargi préalablement s'il est rétréci; on fait parcourir à ce stylet toute la longueur du conduit lacrymal, en le ramenant dans une direction horizontale, et on le fait pénétrer dans le sac lacrymal, de façon à l'appuyer solidement contre la paroi interne du sac. On fend ensuite, avec un couteau de Beer, par la face conjonctivale, toute la longueur traversée par le stylet; pour rendre la section plus complète, on peut, au moment où la pointe du couteau a pénétré dans le sac, la dégager en imprimant au stylet un mouvement de rotation, et pousser ensuite le couteau jusqu'à ce que sa pointe se trouve arrêtée par la paroi interne du sac. — On obtient ainsi une ouverture plus large que par le procédé de M. Bowman, qui ne fend le conduit lacrymal que jusqu'à la caroncule. L'introduction subséquente des stylets est dès lors plus facile et moins pénible pour le malade, et l'on peut, dès le début du traitement, employer des stylets plus volumineux. — Les stylets employés par M. Teale sont de deux espèces : il se sert, en premier lieu, des stylets nos 1 à 6 de M. Bowman, qui sont à calibre uniforme partout et courbés suivant deux directions différentes, conformément à la direction du canal nasal. M. Teale emploie, en outre, des stylets boutonnés, correspondant, relativement au diamètre de l'olive, aux stylets 3 à 6 de M. Bowman, et enfin un stylet boutonné, dont l'olive a le double du diamètre du stylet n° 6. Ces stylets boutonnés sont courbés dans un sens seulement. — Une fois que

le cathétérisme du canal nasal a réussi, on le répète à intervalles d'une semaine environ, puis de plus en plus éloignés, tant que l'épiphora persiste. On peut considérer le traitement comme terminé lorsque l'épiphora a disparu depuis un mois, sauf à le recommencer en cas de récidive. — Il résulte des faits cités et de ceux rapportés par MM. Bowman et Salomon, dit M. Teale, que le clou peut être banni désormais sans inconvénient du traitement des obstructions des voies lacrymales. La nouvelle méthode, il est vrai, ne donne souvent un résultat définitif qu'au bout de plusieurs mois de soins assidus ; mais les anciens procédés exigeaient un traitement plus prolongé encore, et ils avaient des inconvénients auxquels la méthode de M. Bowman échappe complétement.

Nouveau procédé de traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales, par M. Bowman. (Gazette médicale, p. 93.)

Epiphora, par M. Salomon. (Archives générales de médecine, p. 228.)

Application du feu au traitement des fistules du sac lacrymal, par M. Ancelon. (Gazette des hôpitaux, p. 315.)

Deux observations pour prouver que le cautère actuel guérit avec rapidité les fistules lacrymales. L'auteur pense que ce mode de traitement est préférable aux autres méthodes : le feu est préférable aux caustiques.

Nouvel instrument pour l'opération de la fistule lacrymale, avec recherches anatomiques et considérations physiologiques, par M. Foltz. (Gazette médicale de Lyon, p. 82.)

Cet instrument est pour la création d'un autre canal, dans les cas où la fistule a résisté à tous les traitements. — C'est un davier armé d'un emporte-pièce, et modifié de manière à s'adapter convenablement aux parties à perforer. Il se compose de deux branches croisées par une articulation, après laquelle elles sont droites, longues de 35 à 40 millimètres, épaisses de 5 à 6, et écartées l'une de l'autre de 14, lorsque l'instrument est fermé. L'une des branches, destinée à servir de point d'appui dans les fosses nasales, porte à sa base une sorte de crochet recouvrant l'articulation, et propre à refouler le bord de la narine et à le préserver du pincement. A son extrémité, légèrement aplatie et amincie, se trouve une plaque de maillechort sur laquelle doit agir le tranchant de la canule. L'autre branche est armée d'une canule emporte-pièce d'environ 14 millimètres de long, sur 4 de diamètre, vissée à angle droit sur son extrémité, et coupant

par pression et par un mouvement circulaire qu'on lui communique à l'aide d'une petite clef.

Traité de la tumeur lacrymale, par M. Lanne.
(Paris, Didot frères, in-4°, 69 pages.)

Distinction de plusieurs espèces d'anchylops, par M. Gouriet.
(Gazette des hôpitaux, p. 447.)

Traitement de l'entropion et du trichiasis par la ligature, par M. Williams. (Cincinnati Lancet and observer; Gazette hebdomadaire, p. 13.)

M. Williams emploie des ligatures qui sont posées en nombre variable (4 à 8), sur la surface cutanée de la paupière. — M. Williams emploie généralement une ligature large, composée de plusieurs fils, et il se sert, pour l'appliquer, d'aiguilles courbes fixées sur des porte-aiguilles. La pointe de l'aiguille est introduite par la face cutanée de la paupière, très-près de son bord libre, et pénètre, en passant derrière l'orbiculaire, à une distance variable, suivant le degré de l'affection ; dans les cas graves, M. Williams fait passer la ligature depuis le bord libre de la paupière jusqu'au bord inférieur du sourcil. Le fil étant ainsi placé verticalement, c'est-à-dire perpendiculairement au grand diamètre de la paupière, on le serre avec assez de force pour étrangler complétement les tissus compris dans l'anse : ce précepte est essentiel.

Plusieurs exemples de guérison rapide et complète sont rapportés.

Note sur un procédé mécanique simple et facile de remédier à une espèce fréquente d'entropion, par M. Sichel. (Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 59.)

Il s'agit des entropions *spastiques* de la paupière inférieure. Il faut abaisser modérément la paupière et la tendre verticalement, à l'aide des doigts *index* et *medius*, de manière à l'écarter sensiblement de l'hémisphère antérieur de l'œil ; puis, appliquant la pulpe de l'un de ces doigts au-dessus du rebord inférieur de l'orbite, sur la partie adhérente de la paupière, on enfonce légèrement ce doigt, d'avant en arrière, dans la partie antérieure de cette cavité, jusqu'à ce que le bord libre de la paupière soit fortement renversé en dehors, et fasse, pour ainsi dire, la bascule. La pression doit s'exercer doucement et de manière que le doigt longe, pour ainsi dire, la partie antérieure du plancher de

l'orbite, sans comprimer ou irriter le globe. Cette manœuvre, aussi simple que facile, répétée par le malade tous les quarts d'heure, ou même plus souvent, finit par redresser la paupière et par la rétablir dans sa position normale.

Symblépharon accidentel.— Opérations multiples. — Récidives, par M. Legouest. (Gazette des hôpitaux, p. 377.)

Du traitement de l'ectropion cicatriciel, par M. Cazelles. (Thèses de Paris, n° 110.)

Dans ce bon travail, M. Cazelles a fait l'historique et a donné la description des diverses opérations entreprises pour la cure de l'ectropion. Il insiste surtout sur le procédé de M. Denonvilliers, qui, en combinant ensemble l'occlusion temporaire et la blépharoplastie par la méthode indienne, a remédié aux imperfections de cette dernière opération, et a pu obtenir des résultats tout à fait nouveaux. — L'opération de M. Denonvilliers comprend plusieurs temps : — I. Détacher le bord palpébral ou ce qui le représente des adhérences et des cicatrices voisines, et le rétablir à sa position normale. — II. Avivement des paupières, qui exige un soin assez minutieux. — III. Choisir le lambeau et le rapporter à sa nouvelle position. Le choix de la place où l'on doit emprunter le lambeau dépend absolument de l'état des parties voisines. — IV. Réunir par la suture les bords palpébraux l'un à l'autre, et le lambeau avec les lèvres de la plaie.

C'est par ce procédé que l'on obtient les succès les plus certains. M. Cazelles rapporte un grand nombre d'observations.

De la scarification oculaire, par M. Borchard. (Gazette hebdomadaire, p. 114, 197.)

Recherches bibliographiques sur cette opération, et analyse d'une dissertation de Hampe sur ce sujet.

Chalazion opéré par sa face interne, avec le concours de la pince-anneau de M. Desmarres, par M. Nélaton. (Moniteur des sciences médicales, p. 476.)

De l'hypertrophie, de l'infiltration, de la congestion du tissu cellulaire de l'orbite, et de la cachexie exophthalmique, par M. Demarquay. (Moniteur des sciences médicales, p. 435.)

Note sur l'application de la méthode galvano-caustique de Middeldorpf au redressement de l'œil dévié par suite de l'atonie ou de la para-

lysie d'un des muscles moteurs, par M. Tavignot. (Académie des sciences, 14 juin.)

Strabisme interne de l'œil gauche, guéri sans opération, par M. Piorry. (Gazette des hôpitaux, p. 309.)

M. Piorry plaça l'indicateur de la main droite à 20 centimètres du nez de l'enfant, qui déclara voir deux doigts ; puis il engagea cette jeune fille, fort intelligente, à regarder de telle sorte qu'elle n'en vît qu'un seul. Elle y parvint, et, chose remarquable, l'œil gauche revint tout d'abord à sa direction naturelle. Cette pratique fut réitérée avec le même succès, et une dame, fort intelligente aussi, se chargea de tous les détails de ce traitement, qui fut exclusivement employé. — L'œil fort (l'œil droit) fut fermé avec trois bandelettes toutes les fois que l'on voulut exercer l'œil à se fixer sur les objets. L'œil faible (l'œil gauche) fut ainsi forcé de fonctionner et se fortifia. — Actuellement, un mois et demi après le commencement de cette curation, les deux yeux se dirigent si bien dans le même axe, qu'il est impossible d'apercevoir que l'enfant louche.

De l'électricité dans la paralysie des muscles du lobe oculaire, par M. Magne. (Gazette des hôpitaux, p. 135.)

Mouvements oscillatoires des deux yeux ; section des muscles droits internes ; grande amélioration de la vue, par M. Lawson (Med. Times and gaz., mai 1860; Union médicale, t. VII, p. 286.)

Fongus mélanique de l'œil, par M. Bauchet. (Société de chirurgie, 4 janvier.)

Femme de cinquante ans. Cette tumeur avait débuté à l'âge de trente-cinq ans, par un point noir situé à l'angle interne de l'œil, près de la cornée. Il fut excisé, et la guérison se maintint pendant sept ou huit mois ; mais, au bout de ce temps, il y eut récidive, la tumeur fut encore enlevée, mais reparut : il y eut ainsi cinq récidives en dix ans. Lorsque M. Bauchet vit la malade, il trouva entre les paupières une sorte de champignon rouge noirâtre, saignant facilement et reposant sur la sclérotique ; les ganglions sous-maxillaires étaient sains et l'orbite était intact. Prenant en considération ces deux circonstances, et de plus ayant égard à l'ancienneté de la maladie, il crut avoir affaire à un *polype bénin mélanique de la conjonctive*, et examina s'il n'y avait pas moyen de l'enlever sans toucher à l'œil. L'adhérence de la tumeur fit renoncer à ce projet, et, de plus, l'altération était trop profonde pour songer seulement à l'ablation de la moitié antérieure du globe oculaire ; il fallut absolument enlever l'œil en totalité.

Compte rendu des opérations pratiquées dans la clinique ophthalmologique de M. Desmarres en 1860 (*du* 1er *janvier au* 25 *mai*), par M. Galenzowski. (Union médicale, t. VIII, p. 562.)

Maladie des yeux, par M. Tavignot. (Moniteur des sciences médicales, p. 499.)

Corps étrangers dans l'œil, par M. Richardson. (Dublin quarterly journal of medical science, novembre 1859 ; Archives générales de médecine, février, p. 236.)

Altérations graves de l'un des yeux, devenu impropre à la vision, et irritation sympathique de l'autre œil ; extirpation de l'œil malade ; guérison, par M. Dixon. (Med. Times and gaz., mars; Union médicale, t. VII, p. 333.)

Œil gauche atteint de blessure grave ; perte sympathique de l'œil droit, par M. Dubois. (Journal des Connaissances médicales, août.)

De l'emploi de la glycérine dans le traitement des ophthalmies, par M. Foucher. (Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 113.)

M. Foucher a étendu au traitement de la plupart des maladies des yeux les applications de la glycérine, qu'il a substituée à l'eau distillée, dans les divers collyres dont il fait usage. La glycérine parfaitement purifiée s'associe très-bien à tous les médicaments que l'on emploie dans les maladies des yeux, excepté toutefois le nitrate d'argent, qui se décompose au contact des matières organiques. L'auteur recommande surtout les onctions avec la glycérine pure pour maintenir les paupières dans un grand état de propreté, condition importante pour la guérison dans beaucoup d'ophthalmies, et en particulier dans les cas de blépharite. Il fait, plusieurs fois par jour, enduire les paupières et même exercer de légères frictions sur leur bord libre au moyen du doigt trempé dans la glycérine. De cette façon, dit M. Foucher, la glycérine se mêle au mucus, au muco-pus, incessamment versés à la surface des paupières, les liquéfie et empêche la production des croûtes adhérentes à la base des cils ; et si ces croûtes existent, la glycérine les dissout rapidement et permet de les enlever sans le moindre effort. Ces onctions avec la glycérine entretiennent dans les paupières une souplesse favorable à la guérison ; nous indiquons de porter le doigt qui fait l'onction sur le bord libre des paupières, en le faisant progresser de dedans en dehors, afin de ramener dans leur direction normale les cils qui, dans les ophthalmies tarsiennes ou ciliaires, ont la tendance la plus marquée à se dévier en dedans.

Emploi des collyres et des injections, et ponction de la chambre antérieure dans certaines affections oculaires, par M. Coursserant. (Gazette des hôpitaux, p. 184.)

L'auteur recommande d'employer les collyres, les paupières étant renversées; il regarde les irrigations comme excellentes pour les maladies de la conjonctive ou de la cornée : la ponction de la chambre antérieure calme la photophobie, dans le cas de kératite ulcéreuse.

Kératite scrofuleuse ; emploi du sesqui-iodure de mercure en collyre, par M. Polare. (Gazeta di Genova et Gazette de Lyon, août.)

La proportion est de 6 décigrammes du sel pour 30 grammes d'eau distillée. On en instille une goutte entre les paupières, avec la barbe d'une plume, et l'on en fait aussi quelques frictions autour de l'orbite. Les instillations seront répétées autant de fois par jour que les circonstances l'indiqueront.

Des ophthalmies scrofuleuses, par M. O. Lecomte. (Union médicale, t. VI, p. 66.)

Des ophthalmies provoquées et entretenues par le travail de la première et de la deuxième dentition, par M. Tavignot. (Union médicale, t. VI, p. 87.)

Il y a des affections oculaires que l'on observe de un an à deux ans et de six à sept ans, et qui sont liées au travail de la dentition. Leur caractère général est la tendance à la récidive, ou plutôt la répétition de la même maladie aux diverses périodes de l'évolution dentaire. Toutes ces affections ont une origine semblable, une névralgie ciliaire provoquée par le travail d'évolution dentaire; elles peuvent se montrer sous trois formes distinctes, que l'on peut rapporter aux chefs suivants : — 1° *Lésion d'innervation*. L'enfant est photophobe à un degré très-prononcé, et néanmoins rien n'explique cette photophobie incoercible. — 2° *Lésion de circulation*. C'est sous la forme de conjonctivite avec injection plus ou moins développée, de conjonctivite avec sécrétion muqueuse, et même de conjonctivite avec sécrétion puriforme, que se montre la lésion de circulation provoquée par la névralgie ciliaire. — 3° *Lésion de nutrition*. C'est sur la cornée qu'elle porte exclusivement, tout en se manifestant sous des formes distinctes qui constituent autant d'espèces différentes de kératites. — Deux espèces de kératopathies sont surtout fréquentes pendant le travail d'évolution dentaire : ce sont la kératite plastique et la kératite ulcéreuse.

Il est rare que le médecin soit obligé d'intervenir sur les dents ;

toutefois, le débridement est quelquefois indiqué. Contre la photophobie, il faut prescrire les bains locaux avec une solution aqueuse de belladone et un peu de sulfate de quinine; contre la conjonctivite, un collyre avec eau, 125 grammes, pour sulfate de cadmium, 0,75 centigrammes; contre la kératite, un collyre avec chlorure de sodium, 15 grammes pour 125 grammes d'eau.

De la conjonctivite intermittente, par M. Marinetti. (Gazette médicale de Lyon, p. 190.)

Un professeur de l'Université de Gênes fut pris presque subitement, d'une douleur vive de l'œil droit. Le lendemain, la conjonctive était rouge et tuméfiée. L'injection oculo-palpébrale alla en augmentant durant trois jours; puis elle commença à décliner, et, le septième jour, tout était fini, sauf un peu de rougeur de la conjonctive palpébrale.—Pendant trois années, le malade eut des accès pareils, de même durée, et revenant périodiquement tous les quinze jours. Le mal passait d'un œil à l'autre, et résista, pendant cette longue période, à tous les remèdes locaux ou généraux. — M. Marinetti, tenant compte de l'état assez débile et du tempérament très-nerveux de ce sujet, insista sur la médication reconstituante. De simples astringents firent le fond de la cure locale.

Sclérotite, par M. Hilbert Taylor. (British medical journal; (Archives générales de médecine, avril, p. 478.)

L'auteur décrit une forme particulière de sclérotite, dont les lésions anatomiques sont celles d'une sclérotite primitive, circonscrite, tendant à se propager, d'une part, au tissu cellulaire sous-conjonctival; de l'autre, à la choroïde et au corps ciliaire. Il se forme dans ces tissus un dépôt blanchâtre, qui est probablement de nature tuberculeuse. Comme traitement, il faut calmer la douleur par les narcotiques, et mettre des vésicatoires aux tempes.

De l'ophthalmie blennorrhagique, par M. Drouet. (Thèses de Paris, n° 251.)

De l'ophthalmie dite militaire, par M. Vleminck. (Archives générales de médecine, janvier, p. 93.)

Résumé d'une discussion qui a eu lieu, à l'Académie de Belgique, sur ce sujet : L'ophthalmie militaire, une fois guérie, est-elle sujette à se représenter chez ceux qui l'ont éprouvée? La proposition votée est la suivante :

L'ophthalmie, dite militaire, peut laisser, après guérison cen-

sée radicale, une susceptibilité qui prédispose les yeux, pendant un temps qui ne peut être limité, à subir plus facilement l'influence, à des degrés divers, de nouvelles causes d'irritation.

Ophthalmie des armées, par M. Decondé. (Archives belges de médecine militaire ; Gazette médicale, p. 561.)

L'auteur traite de l'influence des agents physiques de l'atmosphère sur l'ophthalmie dite des armées, et de l'importance de soumettre à un traitement actif, et dès le début de leur évolution, les granulations qui la caractérisent.

Cause de l'ophthalmie purulente, par M. Cordier. (Gazette des hôpitaux, p. 435.)

L'auteur admet que la chaleur humide est la seule cause principale de cette ophthalmie.

De l'atropine dans le traitement des ulcères de la cornée, par M. Aureliano. (La Espana medica ; Gazette hebdomadaire, p. 30.)

L'auteur croit devoir attribuer au collyre à l'atropine la propriété non-seulement de calmer la douleur, mais aussi de faire cesser la congestion qui accompagne les ulcères de la cornée, de déterger ces ulcérations et d'en hâter la cicatrisation.

Ptérygion ; cure radicale, par M. Jobert. (Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, août.)

Le procédé adopté par M. Jobert est le suivant :

Une fois le ptérygion soulevé, il fait passer au-dessous une anse de fil qu'il lie, et à l'aide de laquelle il devient tout à fait maître du réseau vasculaire. Il introduit alors la lame du bistouri, et disséque la base du ptérygion ; il ne faut pas craindre d'aller jusqu'à la cornée, lorsqu'elle est obscurcie. Après l'extirpation totale, il faut cautériser la surface saignante, ou au moins la modifier profondément à l'aide des collyres.

Des taches de la cornée et des moyens de les faire disparaître, par M. de Bourrousse de Laffore. (Moniteur des sciences médicales, p. 291, 299.)

Dans un long et savant mémoire sur ce sujet, M. P.-L. de Bourrousse de Laffore, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts, passe en revue les traitements divers essayés jusqu'ici contre les opacités de la cornée, et présente une série de vingt et une observations choisies entre des centaines, pour servir de pièces

justificatives à sa pratique. — L'opinion généralement admise, relativement à l'emploi de la pierre infernale, est la suivante : Le crayon de nitrate d'argent ne guérit que les taches récentes et superficielles; il est inutile et même dangereux d'en faire usage pour combattre les taches anciennes ou profondes. Les observations rapportées par M. de Laffore démontrent, au contraire, que le crayon de nitrate d'argent guérit également les taches anciennes ou profondes de la cornée, et qu'il peut être employé sans inconvénient dans un grand nombre de cas et pendant un temps fort long.

Deux nouvelles observations de staphylome de la cornée, guéri par la méthode de la ligature, par M. Pertusio. (Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 277.)

Applications de la santonine aux affections de la vue, par M. de Martini. (Académie des sciences, 12 mars.)

D'après quelques observations très-incomplètes, ce médicament paraîtrait avoir amélioré certaines amauroses.

Action de la santonine sur la vue et ses effets thérapeutiques, par M. Guépin. (Acadmie des sciences, 23 avril.)

Le chiffre des malades que j'ai soumis à la santonine dépasse 70. En général, à la seconde dose, les urines ont été colorées, et les malades ont vu le papier blanc de couleur jaune. Il y a des malades chez lesquels, la coloration des urines persistant, la vision jaune n'a pas continué. Chez des malades atteints d'atrophie des artères de la rétine, chez d'autres atteints de choroïdites subaiguës chroniques, avec résorption du pigment, je n'ai pas eu de coloration jaune. Chez quelques-uns de ces derniers, les objets ont pris à la lumière une teinte blanchâtre.—Dans presque toutes les choroïdites aiguës, guéries avec des exsudations plus ou moins colorées, j'ai obtenu une amélioration visuelle facile à constater, mais bien peu sensible à l'ophthalmoscope. Chez ces malades, la santonine produisait presque toujours des maux de tête. — Chez les malades atteints jadis d'iritis simples ou d'irido-choroïdites avec exsuda, généralement la santonine produit de bons effets : la force visuelle augmente sans disparition des exsuda. — Souvent, chez ces malades, l'administration de la santonine produit de légères envies de vomir. — A la dose de 2 grammes en cinq jours et en dix doses, la santonine produit de bons résultats dans la dernière période des iritis, des irido-choroïdites et des choroïdites à exsudations plastiques, lorsqu'il n'existe plus d'état in-

flammatoire. Dans les autres maladies de l'œil, c'est autre chose. J'ai vu des résultats médiocres, nuls et mauvais de la santonine employée seule. — Cette substance associe très-bien son action, soit à celle de l'atropine, soit à celle des altérants et des résolutifs employés dans le traitement des maladies internes de l'œil. D'où il résulte qu'elle est destinée à devenir d'un fréquent usage en ophthalmologie ; mais à une condition, c'est que le praticien ne confonde jamais les amauroses iridiennes, irido-choroïdiennes, choroïdiennes et rétiniennes avec exsuda, avec des amauroses d'un autre ordre.

Remarques sur la névralgie ciliaire, continue ou intermittente, simulant la conjonctivite, par M. Tavignot. (Gazette des hôpitaux, p. 501.)

De la congestion choroïdienne, par M. Guépin. (Annales d'oculistique; Gazette médicale, p. 581.)

La congestion choroïdienne se lie, suivant l'auteur, à presque tous les états généraux de l'économie, à la chlorose, à l'albuminurie, etc. Elle est, neuf fois sur dix, le point de départ des affections les plus graves de la choroïde.— Principaux signes : la couleur de la sclérotique, qui forme autour de la cornée un anneau bleuâtre de 3 à 5 millimètres de largeur ; le développement considérable et anormal des vaisseaux profonds de l'œil ; la sensibilité de l'œil aux examens phosphéniques et au froid ; une légère presbytie de près avec une légère myopie de loin ; l'exagération, la réduction ou l'altération des phosphènes, l'absence de signes ophthalmoscopiques positifs ; l'existence de mouches volantes.

Des kystes de l'iris, par M. Guépin. (Thèses de Paris, n° 130.)

L'auteur fait l'histoire complète de cette maladie dont il a rassemblé un bon nombre d'observations. Les parois de ces kystes sont blanches, translucides ou bien plus ou moins fibreuses.— Les kystes de l'iris n'ont point de membrane propre, et la cavité semble s'être formée par un simple dédoublement du tissu conjonctif de l'iris. — Leur forme est variable, lenticulaire, piriforme, bilobée. — Le liquide contenu dans l'enveloppe n'a jamais été analysé. — On l'a vu complétement incolore ou légèrement coloré en brun. — Dans tous les cas de kyste de l'iris, on peut constater qu'une plaie de la cornée, de la sclérotique, ou au moins une contusion violente du globe oculaire, a précédé le développement de la tumeur, et alors c'est toujours dans l'œil blessé qu'elle se développe, jamais dans son congénère. — Il est

très-probable que c'est un épanchement de sang, qui, dans la grande majorité des cas, est le point de départ de ces kystes. — Dans une première période, il n'y a qu'un peu de gêne ; dans la seconde, il y a des inflammations répétées : la troisième est caractérisée par les accidents consécutifs à la formation des fausses membranes en arrière de l'iris et sur la choroïde ; l'œil s'atrophie, et la vision est perdue. — Il faut faire de l'expectation, ou employer des moyens médicaux dans les cas où le kyste ne cause ni douleurs ni accidents ; il faut pratiquer l'excision en cas contraire.

De l'iridectomie, par M. Pagenstecher. (Annales d'oculistique ; Gazette médicale, p. 581.)

Suivant l'auteur, l'iridectomie est indiquée aussitôt que, dans le cours d'une iritis chronique ou d'une irido-choroïdite, l'occlusion pupillaire et par conséquent la suspension de la communication de la chambre postérieure avec l'antérieure surviennent, ou bien lorsque cette modification est sur le point de se produire.

Observation de corémorphose (*pupille artificielle*), par M. Dubois. (Bordeaux, imprimerie Métreau, in-4°. 7 pages.)

Glaucômes guéris par l'iridectomie, par M. Secondi. (Gazetta medica Italiana (Lombardia) ; Gazette médicale, p. 10.)

L'auteur a réussi dans trois cas : la Gazette médicale reproduit une de ces observations.

Iridectomie dans différentes affections de l'œil, par M. Billière. (Thèses de Paris, n° 239.)

Leçons cliniques sur le traitement du glaucome, par M. Hancock. (Union médicale, t. VI, p. 185.)

Le professeur reproche à l'iridectomie de produire une difformité quelquefois considérable, et de mettre l'œil dans l'impossibilité de s'adapter à la vision des objets rapprochés. Pour éviter ces inconvénients, il propose de substituer à l'iridectomie une opération qu'il décrit ainsi : — J'introduis un couteau à cataracte à la partie inférieure et externe du bord de la cornée, à l'union de cette membrane avec la sclérotique ; la pointe du couteau est poussée obliquement d'avant en arrière et de haut en bas, jusqu'à ce que les fibres de la sclérotique soient divisées obliquement dans une étendue d'environ un huitième de pouce ; l'on divise ainsi le muscle ciliaire, et le sang s'écoule le long de

la lame du couteau. Cette opération est rarement suivie de symptômes fâcheux. Dans un seul cas, j'ai vu survenir un peu d'inflammation, mais qui a promptement disparu.

Du glaucôme, par M. Tavignot. (Moniteur des sciences médicales, p. 244.)

Des nouvelles recherches sur le glaucôme et sur son traitement, par M. Follin. (Archives générales de médecine, septembre, p. 340.)

M. Follin, dans cet article, passe en revue les divers travaux faits sur ce sujet dans ces derniers temps.

De l'iridectomie dans le traitement du glaucôme, par M. Bowmann. (Moniteur des sciences médicales, p. 813.)

Hydrophthalmie ; traitement chirurgical, par M. Coursserant. (Gazette des hôpitaux, p. 444.)

Observation de luxation du cristallin par l'éternument, par M. Hogg. (The Lancet, 16 juin.)

Un homme de trente-six ans, myope, avait remarqué, depuis deux mois, que la vue de son œil gauche devenait extraordinairement perçante, qu'il voyait, de ce côté, les objets grossis. Etant exposé au soleil et après un violent accès d'éternument, il se sentit subitement comme aveuglé de ce côté. — M. Hogg, consulté, constata que le cristallin avait passé dans la chambre antérieure. Malgré l'emploi de l'atropine et le repos (que le malade ne garda, d'ailleurs, qu'incomplétement), une inflammation intense se déclara, accompagnée de douleurs excessives, que ni les sangsues, ni les narcotiques ni le chloroforme ne purent calmer. — Neuf jours après l'accident, M. Hogg fit l'extraction du cristallin. Le soulagement fut immédiat et complet. On trouva le cristallin parfaitement transparent et sans aucune altération, si ce n'est dans sa forme.

Prolapsus spontané du cristallin, par M. Quaglino. (Gazette médicale de Lyon, p. 137.)

Un homme avait été traité depuis longtemps pour une amaurose torpide ; l'ophthalmoscope fit découvrir qu'il s'agissait seulement d'un ramollissement du corps vitré et d'un prolapsus spontané du cristallin. M. Quaglino conseilla l'usage des mêmes verres que pour un opéré de cataracte, et le malade put à l'instant même distinguer les caractères les plus fins.

Observation d'un cas de luxation sous-conjonctivale traumatique du cristallin, par M. Fano. (Gazette des hôpitaux, p. 605.)

Violente contusion de l'œil droit; luxation sous-conjonctivale du cristallin ; hypohéma ; extraction de la lentille ; ponction de la chambre antérieure ; retour de la vision.

Méthode galvano-caustique de guérir la cataracte, par M. Tavignot. (Académie des sciences, 1er octobre.)

L'appareil instrumental se compose de la pile Grenet à pédale et de deux tiges conductrices appropriées. Ces deux tiges, en ivoire, sont tout à fait pareilles et terminées à une extrémité par le prolongement du cordon métallique central auquel vient s'adapter le fil conducteur de la pile, et à l'autre extrémité par un pas de vis qui sert à recevoir une aiguille à cataracte de 16 à 18 millimètres de longueur. Tout ayant été disposé pour l'opération, le chirurgien y procède de la manière suivante : — *Premier temps.* L'une et l'autre mains armées d'une tige galvano-caustique, il dirige leur fer de lance de manière à traverser la circonférence externe de la cornée dans deux points différents, mais non opposés, le premier correspondant au diamètre transversal, et le second au diamètre vertical de l'œil. C'est la ponction externe qui est pratiquée la première ; l'inférieure l'est ensuite et presque aussitôt. — *Deuxième temps.* Il suffit de presser avec le pied sur la pédale de la pile pour rendre incandescent l'un des fers de lance tenu en contact avec l'autre ; on peut alors, à l'aide de mouvements de jonction et de disjonction des aiguilles, détruire la capsule antérieure dans toute l'étendue du champ pupillaire, et réduire simultanément le cristallin lui-même en une sorte de détritus informe, dont la résorption fait ensuite promptement justice. — *Troisième temps.* On cesse la pression exercée avec le pied ; dès lors, la pile ne fonctionne plus, et les aiguilles, refroidies, sont dégagées rapidement de la chambre antérieure de l'œil. — Cette opération est d'une exécution très-rapide, peu douloureuse et d'une précision extrême, à cause de l'immobilisation absolue du globe oculaire. Grâce à la transparence de la cornée, on peut suivre un à un chacun des mouvements imprimés aux instruments, calculer leur portée, et régulariser ainsi leurs effets.

The synthesis of cataract, par M. Richardson. (Journal de physiologie, p. 449.)

Production artificielle de la cataracte, par M. Richardson. (Medical Times and Gazette, mars 1860 ; Archives générales de médecine, juin, p. 742.)

Extraction de la cataracte à l'aide de curettes, par M. Schuft. (Die ausloffelung des staars; Berlin, 1860; Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 186, et Archives de médecine, août, p. 222.)

Ce procédé, déjà employé par M. de Grœfe, consiste dans l'incision linéaire de la partie externe de la cornée, l'excision d'une partie de l'iris, et enfin l'introduction d'une curette, avec laquelle on va chercher et on attire au dehors le cristallin.

Opération de cataracte; singuliers effets de l'atropine, par M. Magne. (Société de médecine pratique; Gazette des hôpitaux, p. 275.)

La belladone a produit sur les paupières une inflammation érysipélateuse très-violente, dont la disparition a été facilement obtenue.

Questions cliniques relatives à la cataracte, par M. Blanc. (Gazette hebdomadaire, p. 581.)

M. Blanc développe les propositions suivantes, ainsi résolues: l'opération double faite dans la même séance ou à des époques plus ou moins éloignées doit être subordonnée à des circonstances multiples. Dans la cataracte unilatérale, je conseille toujours l'operation. Si l'autre œil est perdu, on offre au malade la seule chance possible de recouvrer la vue, bien que le plus souvent cette vue laisse à désirer. Si l'autre œil est sain, on soustrait ainsi en partie ce dernier à la fatigue qu'il supportait seul, et l'on voit son pouvoir fonctionnel revenir graduellement à mesure qu'on soumet les deux organes à l'exercice qu'ils peuvent remplir.

De l'opération de la cataracte, par M. Béchet. (Société de médecine de Nancy; Gazette médicale, p. 427.)

Repos absolu des paupières et du globe de l'œil après l'opération de la cataracte, par M. Gosselin. (Gazette des hôpitaux, p. 165.)

M. Gosselin attache une grande importance à ce repos; il conseille l'occlusion des paupières, qu'il fait au moyen du taffetas d'Angleterre, il place sur les bandelettes entrecroisées un petit tampon de charpie, qu'il maintient avec le bandeau habituel. Les jours suivants, il s'assure de l'état des yeux par la pression sur l'appareil et l'examen du bandeau. La pression est exercée par le malade lui-même sur les yeux, par l'intermédiaire de l'appareil. Si cette pression n'éveille pas une vive douleur, c'est la preuve que l'inflammation reste modérée. Si le lambeau est peu humecté, ou s'il est taché par un liquide qui l'empèse un peu en se desséchant, sans lui donner une grande consistance et une

coloration jaune, cela tient à ce qu'il s'écoule seulement des larmes mélangées de mucus et non de pus. Lorsqu'on a ces deux indications, elles suffisent pour le traitement ultérieur, qui consiste, pour M. Gosselin, dans l'administration du calomel à doses fractionnées, donné en vue de tenir le ventre libre et non en vue de faire saliver.

Considérations pratiques sur quelques points de l'extraction de la cataracte, par M. Sichel. (Gazette des hôpitaux, p. 78.)

On rapporte une série d'observations de la pratique de M. Sichel.

Cataracte capsulaire antérieure, par M. Pamard. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 204.)

On voit au centre de la cristalloïde une opacité ayant un millimètre dans tous ses diamètres, faisant un léger relief au-dessus de la membrane et présentant une couleur d'un gris blanchâtre assez mat. Le cristallin est entièrement normal, sauf un point très-limité, situé au centre même de la lentille où le tissu cristallinien offre une teinte un peu louche. On rencontre aussi sur la face postérieure de la lentille deux ou trois lignes opaques rayonnant du centre à la circonférence, en forme d'étoile.

Sur les lunettes à lire, par MM. Dumont et Chevallier. (Union médicale, t. VII, p. 408. et t. VIII, p. 48.)

Mydryase bioculaire spontanée, par M. Gosselin. (Académie de médecine, 18 septembre.)

M. Gosselin a eu deux fois l'occasion de rencontrer la dilatation pupillaire double ou bioculaire chez des sujets qui n'avaient pas d'affection de la rétine, et chez lesquels on ne pouvait invoquer autre chose qu'une paralysie de l'iris. — Les malades ne pouvaient pas voir de près, ne lisaient pas ou ne lisaient que très-difficilement; mais en plaçant une carte percée d'un trou au-devant de chacun des yeux successivement, la vision de près et la lecture devenaient faciles. De loin ils distinguaient parfaitement, ce qui n'a pas lieu dans l'amaurose incomplète. Enfin, les courants électriques faisaient contracter les pupilles, immobiles sous l'influence de la lumière. Quant au traitement, M. Gosselin a employé l'insufflation d'une poudre contenant du sulfate de strychnine à la dose de 15 à 20 centigrammes pour

1 gramme de sucre, et il s'est servi dans les deux cas de l'électricité. La première malade n'a eu qu'une amélioration ; le second a obtenu une guérison complète. — M. Gosselin appelle donc l'attention des médecins sur ces troubles de la vue qui viennent à la suite de l'angine couenneuse et de certaines maladies fébriles, et voudrait que des observations ultérieures déterminassent dans quelles proportions on a affaire en pareil cas à des amblyopies, et si, comme il le croit, il ne s'agit pas le plus souvent d'une paralysie idiopathique des iris.

De l'amaurose au point de vue du diagnostic et du traitement, par M. Soulacroix. (Thèses de Paris, n° 231.)

Presbytie temporaire, par M. Retsin. (Annales de la Société de médecine de Bruges.)

Elle s'était développée chez un enfant pendant le cours d'une fièvre intermittente avec macropie et micropie successives et intermittentes.

Amblyopie et surdité guéries par l'iodure de fer, par M. Cornaz. (Echo médical; Gazette hebdomadaire, p. 109.)

Embolie de l'artère centrale de la rétine, par M. de Graefe. (Archives générales de médecine, janvier, p. 91.)

Une observation dans laquelle M. de Graefe considère que c'est une embolie de l'artère centrale de la rétine qui a produit une cécité subite.

Affections amaurotiques sans caractères extérieurs reconnaissables avec l'ophthalmoscope, par M. Fario. (Giornale veneto di scienze mediche; Gazette médicale, p. 12.)

Description de lésions bien connues aujourd'hui : turgescence de quelques vaisseaux de la rétine, espaces décolorés, etc.

Observations sur l'héméralopie, par M. de Hubbenet. (Société médicale des hôpitaux de Paris; séance du 26 septembre; Union médicale, t. VIII, p. 126.)

Cette maladie apparaît endémiquement et sous l'influence de conditions hygiéniques mauvaises. On l'observe particulièrement chez les ouvriers, chez les soldats, dans certains établissements publics, tels que les prisons, les casernes, les pensionnats. Elle m'a paru surtout se développer pendant le carême, consécutivement à une alimentation peu riche en fibrine. — Dès que le carême cesse, c'est-à-dire que les malades sont nourris de viande, on

voit aussi cesser l'héméralopie. Si, dans les classes inférieures, le foie de bœuf jouit d'une réputation méritée en tant que spécifique de l'héméralopie, ce n'est pas que le foie de bœuf soit réellement un spécifique, c'est qu'il remplit une indication importante, en substituant un régime azoté, un aliment fibrineux à des aliments où ces principes font défaut —Cette cause me paraît être la cause prochaine réelle de l'héméralopie. — En ce qui concerne cette affection, j'ai fait encore d'autres remarques relatives à l'état anatomique de l'œil. J'ai observé certains changements dans l'aspect du globe oculaire; sa surface présente un certain degré de sécheresse, la conjonctive s'altère et devient le siége d'une desquammation épithéliale. Ce sont de petites écailles qui se dessèchent et dont les cellules sont atteintes de dégénérescence graisseuse, d'atrophie. Il y a altération des tissus superficiels du globe oculaire à mesure que la maladie fait des progrès. La cornée elle-même se trouble; la vision s'obscurcit, d'où il résulte qu'à la lumière artificielle, le malade voit mal; les objets lui paraissent comme entourés d'une auréole.

De l'héméralopie ou cécité nocturne considéré esurtout au point de vue de l'étiologie et du traitement, par M. Méreau. (Thèses de Paris, n° 134.)

Efficacité du foie rôti contre l'héméralopie, par M. de Grazia. (Siglo medico, n° 351; Union médicale, t. VIII, p. 431.)

Du diagnostic des maladies des yeux à l'aide de l'ophthalmoscope, et de leur traitement, par M. Guérineau. (Gazette médicale, p. 534.)

Sur les excavations et les saillies de la papille du nerf optique, par M. de Graefe. (Société de biologie, octobre; Gazette médicale, p. 804.)

Les excavations qui se forment au niveau de la papille du nerf optique ne reconnaissent pas toutes une même origine. Tantôt elles dépendent, comme cela a lieu dans le glaucome, de l'excès de la pression intra-oculaire, tantôt elles résultent directement d'une atrophie des fibres nerveuses de la papille. Il est important de distinguer par la forme de la papille même l'une de l'autre ces deux espèces d'excavations, puisque dans les cas très-chroniques de glaucome les autres symptômes, qui prouvent un excès de pression intra-oculaire, peuvent être réduits à un minimum, et que c'est exclusivement cette espèce à laquelle se rapporte l'efficacité des procédés opératoires. On peut constater en effet entre les deux espèces une différence de forme. La pression intra-oculaire agit non-seulement perpendiculairement à la surface de la papille, mais celle-ci est aussi refoulée dans le sens latéral, d'où résulte qu'en pareil cas l'excavation prend la

forme d'une cupule, et présente des bords comme taillés à pic (quelquefois même creusés à la base), alors même que la profondeur n'en est pas très-considérable. Les excavations de la deuxième espèce ont des bords moins tranchés, une pente plus douce, et se confondent par conséquent, sans transition marquée, avec le niveau général de la rétine.

Cas de cécité pour les couleurs non-congénitales, par M. Clemens. (Arch. f. physiol. heilk., 1858, p. 41; Union médicale, t. V, p. 302.)

Cas remarquable de polycorie, par M. Wilson. (Med. Times and gaz.; Union médicale, t. VII, p. 125.)

Mémoire sur l'éclairage naturel de l'œil par la lumière naturelle, par M. Fano. (Union médicale, t. VI, p. 248.)

M. Fano veut substituer l'éclairage latéral naturel à l'éclairage artificiel; pour cela le malade et le chirurgien sont assis ou debout, près d'une fenêtre bien éclairée, en face l'un de l'autre, de façon que la lumière arrive directement sur le côté de l'œil à examiner. Le chirurgien saisit une lentille bi-convexe munie d'un manche, et la tient à environ cinq centimètres de l'œil du malade, en tournant l'une des faces vers la fenêtre et l'autre vers la partie latérale de la tête du patient. Tous les rayons lumineux qui passent à travers la lentille convergent vers un point qui est placé environ à cinq ou six centimètres de l'instrument; en donnant à ce dernier divers degrés d'inclinaison, en l'éloignant ou en le rapprochant de l'œil du malade, de quelques millimètres, on fait tomber le foyer sur les diverses parties de l'organe qui est ainsi vivement éclairé, pendant que le chirurgien peut s'en rapprocher autant que possible pour en analyser toutes les altérations. — Par ce procédé, on peut explorer la surface et la profondeur de l'œil.

De la nature de la surdi-mutité, par M. Ehrard. (Vierteljahrschrift fur die praktische heilkunde; Gazette méd., p. 801.)

L'auteur affirme que la cause a toujours son siége dans l'appareil nerveux, et il croit que ce siége réside particulièrement à l'origine du nerf acoustique. Son traitement consiste dans des douches sur la région occipitale, au niveau des apophyses mastoïdes. Ces douches sont administrées tous les soirs, l'enfant étant dans un bain d'eau salée. Elles sont à l'eau froide, tombent de la hauteur de la chambre avec l'épaisseur d'un bon pouce et

durent cinq minutes, pour être reprises cinq minutes plus tard pendant la même durée de temps ; en sorte que pendant un bain de vingt minutes l'enfant reçoit deux douches. Après le bain, on frotte fortement la région occipitale et on met l'enfant au lit.

Anatomie pathologique d'un cas de surdi-mutité, par M. Meyer. (Archiv f. path. anat. et phys., t. XIV, p. 551.)

C'est dans le cerveau qu'on a trouvé la cause de cette infirmité. L'endyme des cavités du cerveau et du cervelet a révélé des résidus d'une méningite interne intrà-utérine, sous la forme d'épaississements, les uns plats, les autres ayant l'aspect de petites élévations. Les premiers avaient effacé les petites inégalités de la surface du cerveau dans l'intérieur des ventricules, en ratatinant l'endyme. Or, cette lésion existait dans le sinus rhomboïdal du quatrième ventricule, en avait comblé le plancher de manière à ne laisser aucune trace des stries auditives. Ce malade n'entendait absolument rien ; il était du reste très-intelligent. Le professeur Meyer a eu l'occasion de constater depuis une lésion analogue, mais moins prononcée, sur un individu à ouïe très-dure.

De l'expérimentation en matière de surdi-mutité, par M. Ménière. (Académie de médecine, 11 septembre.)

M. Ménière expose d'abord les préjugés des gens du monde relativement aux sourds-muets, et quelles sont les erreurs de diagnostic, inévitables de la part des médecins qui n'ont pas fait une étude spéciale de la surdi-mutité, sur lesquelles on a fondé les prétendus succès de moyens ou d'agents thérapeutiques divers. — Il aborde ensuite les deux méthodes de traitement qui ont eu naguère le plus de retentissement, et après avoir, en quelques mots, montré les insuccès de l'électricité appliquée à la curation de cette infirmité, il s'exprime en ces termes, à propos de l'éther sulfurique : « Le bruit qu'ont fait ces expériences, chez nous et dans le monde, a excité l'attention de l'autorité administrative ; nous avons été invité à les reproduire dans l'Institution impériale des Sourds-Muets. Nous avons choisi dix élèves de quatorze à quinze ans, instruits, intelligents et doués d'un bon jugement. Chez tous, les oreilles étaient absolument exemptes de lésions matérielles appréciables ; chez deux seulement la surdité était congénitale, et, de plus, incomplète, car tous deux entendaient un peu de l'oreille gauche. Nous notons ce fait qui est beaucoup plus commun qu'on ne le suppose, et qui explique les erreurs où tombent si facilement les personnes inexpérimentées qui s'occupent par hasard du traitement de la surdi-mutité. Ces expé-

riences ont été commencées le 26 avril 1860; l'éther a été employé à la dose de 5 à 8 gouttes. Généralement l'impression de l'éther sur la membrane du tympan nous a paru très-vive; souvent même le sujet nous la dépeignait comme fort douloureuse; la sensation de chaleur et de battements artériels persistait quelquefois pendant deux heures et même davantage. Chez nul de nos élèves, à l'exception d'un seul, il ne s'est manifesté aucun accident de nature franchement inflammatoire. Nous n'avons pas trouvé de rapprochement entre la douleur occasionnée par l'éther et le degré de sensation auditive appartenant à l'une ou à l'autre oreille. — Ces tentatives ont duré plus de deux mois. Au début, et chez la plupart des sujets en expérience, il s'est manifesté une certaine aptitude à percevoir quelques impressions sonores. Mais ce mieux-être n'a pas persisté, et, en somme, il résulte des déclarations des élèves eux-mêmes (déclarations écrites, dont M. Ménière donne lecture), que deux seulement, MM. Format et Duvivier, ont exprimé, sous forme dubitative, l'opinion qu'ils entendaient un peu mieux. Tous les autres n'ont éprouvé aucune amélioration dans leur état. » — M. Ménière termine la lecture de son mémoire en proposant que, dorénavant, l'Académie n'accorde aucune attention aux travaux ayant pour objet la guérison de la surdi-mutité.

Note sur un nouveau moyen de traitement de la surdité, même congénitale, par MM. Béhier et Debout. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 352.)

Cet article contient le rapport de M. Béhier au nom d'une commission chargée d'examiner les malades traités par Mlle Cléret. Il résulte de ce rapport qu'on a obtenu des améliorations notables par ce traitement qui consiste à instiller, une fois par jour, dans le conduit auditif externe des sourds-muets, 4, 6 ou 8 gouttes d'éther sulfurique; chez les grandes personnes on double les doses. — M. Debout cite aussi des exemples de guérison de surdité par l'emploi de l'éther.

Premiers essais de l'instillation de l'éther dans les surdités liées à un état rhumatismal, par M. Delioux. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 413.)

L'auteur rapporte trois observations mettant en relief les relations de la surdité avec le rhumatisme, et démontrant l'efficacité de l'éther contre la surdité nerveuse. — Il croit que les instillations d'éther ne réussiront que là où la surdité dépendra d'une lésion d'innervation.

Résultats des premières expériences de l'emploi des instillations d'éther dans la surdité nerveuse. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 419.)

On signale dans cette note des succès et des insuccès, relatés par divers médecins.

Pommade contre la surdité nerveuse, par M. Boyd. (Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 271.)

Vératrine.....	1	gramme.
Pommade rosat.....	30	—

Mêlez. Gros comme une noisette, en friction, matin et soir, derrière l'oreille malade.

Otorrhée chronique guérie par les injections iodées, par M. Napolitani. (Annali universali de medecina; Gazette médicale, p. 819.)

De quelques moyens de traitement de l'inflammation chronique du tympan, par M. Bonnafont. (Revue médicale, 30 juin.)

Contre la rougeur et une légère inflammation, injections avec l'eau de sureau, rendue active par des doses croissantes de sulfate d'alumine. — A un degré plus avancé, on cautérise avec le nitrate d'argent. — S'il y a des végétations très-saillantes, il faudrait les exciser, puis cautériser avec le nitrate d'argent.

Destruction prompte et radicale des polypes du conduit auditif externe par le caustique au chlorure de zinc, par M. Nélaton. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques.)

Vers développés dans l'oreille, par M. de Soto. (Siglo medico, n° 316; Union médicale, t. VI, p. 78.)

L'exploration du canal auditif externe et du tympan; son importance, par M. Troeltsch, traduit par M. Chatelain. (Gazette hebdomadaire, p. 392.)

De l'emploi du rhinoscope pour faciliter le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par M. Semeleder. (Oesterreichische zeitschrift für practische heilkunde, 1860, n° 21; Gazette hebdomadaire, p. 668).

Le rhinoscope, en éclairant le pavillon de la trompe, permet de s'assurer de la pénétration du cathéter. On peut confier le rhinoscope à un aide, pendant que l'on pratique le cathétérisme, ou l'on tient le rhinoscope d'une main, pendant qu'on dirige la sonde de l'autre.

Est-il possible d'établir un parallèle entre la guérison de la surdité par l'opération du cathétérisme des trompes d'Eustache et la guérison de la cataracte par l'opération de l'extraction? par M. Triquet. (Gazette des hôpitaux, p. 383.)

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition, par M. Bonnafont. (Paris, J.-B. Baillière et fils, in-8, XI-665 pages, avec figures.)

Cet ouvrage, le plus complet de ceux qui traitent des maladies de l'oreille, est le résultat d'une longue pratique, d'observations variées et de nombreuses recherches; l'anatomie et la physiologie de l'oreille y sont d'abord traitées; l'auteur étudie ensuite avec soin les diverses maladies de la membrane du tympan, parle des polypes et termine son livre par des réflexions psychologiques pleines d'intérêt. — Dans la partie physiologique de l'œuvre, l'auteur entre dans des considérations qui tendent à prouver que la membrane du tympan ne joue qu'un rôle purement passif, et qu'aux muscles seuls appartiendrait celui d'agiter toute la chaîne des osselets. C'est là une conception logique entrevue par quelques-uns de ses devanciers, et que M. Bonnafont a seul formulée. — Après avoir successivement traité ces questions théoriques dont l'importance ne saurait être contestée, l'auteur aborde la pathologie de l'oreille, et débute par des considérations générales. *Les questions de diagnostic et de thérapeutique, la conception et fabrication des instruments* y sont bien exposées. — — Les altérations de la membrane du tympan sont traitées avec une parfaite lucidité. *L'auteur a apporté un très-grand soin à l'étude des polypes, aux symptômes qui révèlent leur présence, aux procédés opératoires qu'on emploie pour les détruire, etc.* — Il résulte de ce livre qu'il est toujours assez facile de diagnostiquer toutes les affections de l'oreille, en ayant soin d'établir d'une manière convenable les distinctions qui existent entre les surdités proprement nerveuses et celles qui résultent d'un obstacle dans l'un des deux conduits qui aboutissent à l'oreille moyenne. — Là est le grand secret au moyen duquel les médecins pénétreront dans les obscurités de cette spécialité de l'art de guérir, qui devra sa vulgarisation aux hommes éminents au milieu desquels M. Bonnafont doit figurer avec honneur.

Testicule droit hypertrophié à l'anneau. (Société de chirurgie, 7 mars.)

Hernie épiploïque du même côté. — Absence du testicule gauche dans le scrotum.

Description des organes génitaux de quelques eunuques, par M. Bilharz. (Zeitschrift für wissenschaftliche zoologie, t. X, 3e livraison, 1860; Gazette hebdomadaire, p. 571.)

L'auteur décrit les lésions qu'il a rencontrées chez quatre eunuques nègres, qui avaient subi dans leur enfance la castration complète. Ce qu'il y a d'intéressant surtout, c'est ce qui a trait aux vésicules séminales qui, quoique étant très-petites, avaient des dimensions encore trop considérables pour que l'on pût les considérer comme de simples réservoirs du sperme. Il faudrait plutôt les considérer comme des organes sécrétoires.

Etudes sur les inflammations du testicule, et principalement sur l'épididymite et l'orchite blennorrhagique, par M. Hardy. (Thèses de Paris, nº 207.)

L'auteur fait l'exposé des faits qu'il a observés dans les hôpitaux. — Il résulte de ses observations que le siége de l'inflammation testiculaire varie suivant la nature de la cause occasionnelle. Il a divisé les tumeurs inflammatoires du testicule en deux classes : 1° tumeurs blennorrhagiques; 2° tumeurs non blennorrhagiques. — Les premières ont pour siége l'épididyme : sur 226 observations, l'inflammation a commencé par cet organe et y est resté limitée pendant toute la durée de la maladie; sur 9 malades seulement, elle s'est propagée jusqu'au tissu de la glande spermatique ; sur un tiers environ des malades, on a pu constater de l'épanchement dans la tunique vaginale. — Dans la seconde classe, nous trouvons des variétés suivant que l'inflammation est due : 1° à une lésion de l'urètre, du col de la vessie ou de la prostate, elles offrent la même marche que les précédentes ; 2° à une cause traumatique, elles portent sur la glande seule (didymite); 3° qu'elle survient sous l'influence d'une cause générale ou épidémique : ce sont, suivant les cas, des lésions du testicule ou de la tunique vaginale.

Considérations cliniques sur l'orchite rhumatismale, par M. Bouisson. (Montpellier médical, t. IV, p. 223.)

Le mémoire de M. Bouisson contient plusieurs observations. L'auteur prouve d'abord que le testicule, par la nature des tissus qui entrent dans sa structure, peut être atteint de rhumatisme. Il montre ensuite que le froid en est la cause la plus fréquente; il assimile à l'orchite rhumatismale métastatique l'orchite parotidienne. L'affection rhumatismale du testicule affecte tantôt la forme aiguë, tantôt et plus souvent la forme chronique. Dans l'état aigu, M. Bouisson admet une péididymite rhumatismale, une vaginalite ou hydrocèle aiguë rhumatismale, une affection

rhumatismale des couches extérieures des bourses. Quant au rhumatisme chronique, l'auteur dit : — « Il est un certain nombre d'affections du testicule qui tourmentent longtemps les malades et qui, sous le nom vague d'engorgement chronique, de testicule irritable, de névralgie ou d'orchite chronique, donnent lieu à un diagnostic incertain et contradictoire, et résistent à divers moyens de traitement. Tour à tour attribués à la syphilis, à l'hypertrophie, à des indurations tuberculeuses ou squirrheuses partielles du testicule, ces états morbides, par leur chronicité, par les phénomènes douloureux qui les accompagnent et par l'incertitude même de leur nature, jettent les malades qui en sont affectés dans un état de tristesse et d'hypocondrie. Beaucoup se disent atteints de pertes séminales ; ils se plaignent d'affaiblissements nerveux ; ils sont irritables, impressionnables par les variations de température ; ils éprouvent des douleurs rhumatoïdes dans différentes parties du corps, notamment dans les reins, l'épigastre, la tête. Or, nous avons reconnu que plusieurs de ces malades, si longtemps en quête de la nature de leur maladie, étaient de vieux rhumatisants, que le gonflement de leur testicule tenait à une affection de cette nature, et que les moyens qui combattent le plus efficacement le rhumatisme chronique, tels que les eaux minérales, les douches, l'hydrothérapie, étaient ceux qui leur réussissaient le mieux. »

Un point de l'histoire du spermatocèle, par M. Cavasse. (Gazette des hôpitaux, p. 378.)

L'auteur rapporte une observation de douleurs violentes avec tuméfaction du testicule, se montrant fréquemment au moment de l'érection, chez un jeune homme qui avait eu une orchite. Ce qu'il y avait de particulier, c'est que ces phénomènes étaient limités au testicule qui n'avait pas été enflammé.

Hématocèle intra-testiculaire, par M. Nélaton. (Gazette des hôpitaux, p. 117, et Bulletin de la Société anatomique, p. 45.)

Une observation. M. Nélaton a insisté sur le diagnostic qu'il a posé, parce qu'en déprimant une couche de liquide située dans la tunique vaginale, il a pu arriver au testicule. Il est important de bien reconnaître le siége de l'hématocèle, attendu qu'on pourra tenter la décortication dans le cas d'hématocèle vaginale, tandis que l'ablation seule du testicule conviendra dans le cas d'hématocèle intra-testiculaire.

Note sur les kystes congénitaux des organes de la génération, par M. Giraldès. (Société de biologie, octobre 1860 ; Gazette médicale, p. 757.)

M. Giraldès présente un kyste assez volumineux, recueilli chez

un enfant nouveau-né ; il pense que le kyste s'est développé dans les corps rudimentaires qu'il a décrits. (V. l'*Annuaire*, t. III, p. 518).

De la tuberculisation galopante des testicules, par M. Duplay. (Union médicale, t. VI, p. 212.)

L'auteur rapporte deux observations et il appelle l'attention sur une forme de tuberculisation du testicule que l'on pourrait rapprocher de certaines formes de phthisie pulmonaire aiguë, et qui se fait remarquer par son mode de début, par les symptômes particuliers qu'elle présente dans les premiers temps de son existence, et par la rapidité avec laquelle les tubercules arrivent à la période de ramollissement.

Autres observations sur les affections du testicule :

— Testicule tuberculeux, par M. Bailly. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 214.)

— Testicule tuberculeux, par M. Guyon. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 247.)

— Tuberculisation de l'épididyme, ayant respecté le testicule, par M Siredey. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 334.)

— Tumeur du testicule, par M. Houel. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 63.)

— Encéphaloïde du testicule à l'état de crudité, par M. Chalvet. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 265.)

— Double sarcocèle cancéreux. (Gazette des hôpitaux, p. 189.)

— Du sarcocèle ou cancer du testicule, par M. Puech (Thèses de Montpellier, n° 20.)

Plaies du scrotum. (Gazette des hôpitaux, p. 470 et 494.)

Plusieurs observations, rapportées par M. Foucart, qui conclut que, le plus souvent, les plaies du scrotum se guérissent rapidement, avec la plus grande facilité, et ne sont presque jamais suivies d'accidents, quels que soient les désordres qui aient primitivement existé.

Hydrocèle d'un côté et hématocèle de l'autre chez le même sujet, opérées le même jour, par M. Velpeau. (Gazette des hôpitaux. p, 269.)

Note sur les hématocèles de la tunique vaginale qui remontent dans l'abdomen à travers le canal inguinal, par M. Rochard. (Union médicale, t. VII, p. 359.)

Par trois observations qu'il rapporte, l'auteur veut prouver

— Que le canal inguinal n'est pas une barrière infranchissable pour les collections de liquide formées dans la tunique vaginale, et qu'elles acquièrent promptement, dans l'abdomen, un volume considérable, lorsqu'elles ont franchi cette limite. — Que le traitement le plus convenable, en présence de ces cas rares, est celui des kystes et des collections purulentes des cavités splanchniques. — Que les craintes inspirées par la ponction, dans les hématocèles d'un grand volume ne doivent pas empêcher d'y recourir dans les cas semblables, et qu'on peut, comme il était facile de le prévoir du reste, pratiquer des injections iodées dans ces tumeurs intra-abdominales bien limitées, sans craindre de provoquer une péritonite.

De l'hématocèle de la tunique vaginale, par M. Réthel. (Thèses de Strasbourg.)

Galactocèle des bourses, par M. Velpeau. (Gazette des hôpitaux, p. 282.)

Sauf la transparence, les symptômes étaient les mêmes que pour l'hydrocèle. Ponction, injection iodée, et guérison sans particularité. Le liquide est semblable à du lait pour les apparences. M. Robin n'y a pas trouvé de spermatozoaires ; il y a rencontré abondamment les corpuscules spéciaux qui colorent la liqueur spermatique des sujets stériles, par suite d'épididymite double. On ne fait pas connaître les résultats de l'analyse chimique.

Observation de néphrite, par M. Tournié. (Union médicale, t. V, p. 378.)

Cette inflammation a existé avec la suppression prolongée de sécrétion urinaire et l'oblitération des uretères, consécutives à une affection cancéreuse de l'utérus.

Pyélite, par M. Lancereaux. (Société de biologie; Gazette médicale, p. 429.)

Plébite de la veine rénale, abcès du rein droit, infection purulente. Albumine dans l'urine.

De la périnéphrite primitive, par M. Picard. (Thèses de Paris, n° 200.)

De la périnéphrite primitive, par M. Féron. (Thèses de Paris, n° 44.)

Abcès périnéphrétique spontané sans lésion des reins; guérison, par M. Foucher. (Moniteur des sciences médicales, p. 622.)

Sur la dégénérescence lardacée ou amyloïde des reins, par M. Traube. (Deutsche klinik, 1859, nos 1, 7, 8; Union médicale, t. VIII, p. 351.)

M. Traube résume les caractères diagnostiques de cette altération en les propositions suivantes : — 1° L'urine albumineuse, de transparence normale, de couleur jaune pâle, de pesanteur spécifique diminuée et de quantité variable, se rencontre dans deux états pathologiques des reins : 1° avec la dégénérescence lardacée, et 2° avec l'atrophie des reins. Cette dernière est la conséquence d'une dégénérescence lardacée ou d'une néphrite diffuse non suppurante (maladie de Bright). Il en résulte que cet ensemble des symptômes fournis par l'urine indique toujours une altération profonde des reins, mais ne peut spécifier la nature de cette lésion. — 2° Lorsque ces qualités de l'urine coïncident avec des traces de syphilis constitutionnelle ou avec une affection scrofuleuse chronique des os, ou avec une tuberculisation pulmonaire à marche chronique, on peut soupçonner une dégénérescence lardacée des reins, et cela avec d'autant plus de probabilité qu'il est prouvé que la maladie rénale s'est développée à la suite de ces autres affections indiquées. — 3° Ce diagnostic acquiert encore plus de consistance quand, à côté des altérations de l'urine, on découvre une augmentation de volume du foie et de la rate ou de la rate seule, augmentation que l'on ne peut mettre sur le compte d'une fièvre intermittente ou d'une congestion par stase veineuse. La présence d'une diarrhée rebelle, non symptomatique d'ulcérations intestinales, a également une grande valeur. — 4° La présence de pus dans l'urine n'exclut pas ce diagnostic, pourvu que l'urine soit en même temps *fortement* albumineuse. — 5° Une urine comme celle du paragraphe 1, se rencontrant avec une hypertrophie ou une dilatation du ventricule gauche, sans lésion valvulaire, ayant agi comme cause de cet état du cœur, on peut admettre une diminution de volume considérable d'un ou des deux reins. — 6° L'état précédent, lorsqu'il coexiste avec des traces de syphilis constitutionnelle, de maladie scrofuleuse chronique des os, ou de tuberculisation pulmonaire chronique, rend la dégénérescence lardacée des reins probable, même en l'absence d'augmentation de volume du foie ou de la rate. — 7° La dégénérescence lardacée des reins peut s'accompagner d'une urine fortement albumineuse, mais colorée en rouge par un excès de matière colorante de l'urine, quand il survient une affection fébrile ou une lésion de structure dans l'appareil respiratoire ou circulatoire, capable de diminuer considérablement la tension du sang dans le système aortique. La

même apparence de l'urine peut se montrer quand il survient une dégénérescence graisseuse considérable de l'épithélium, non précédée d'épuisement notable du malade. — Dans tous ces cas, on observe l'infiltration plus ou moins générale de la maladie de Bright.

Cas intéressant de tuberculisation chronique des reins, par M. Trost. (Union médicale, t. VIII, p. 371.)

Recherches sur la substitution graisseuse du rein, par M. Godard. (Paris, V. Masson, in-8, 38 pages et 3 planches.)

Ces recherches ont été analysées dans l'*Annuaire*, t. III, p. 521.

Kyste hydatique du rein, par M. Raynaud. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 274.)

Cancer du rein droit, par M. Soulié. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 130.)

Exstrophie de la vessie, par MM. Pancoast et Ayres. (North-American medico-chirurgical review, t. III, n° 4; Archives générales de médecine, février, p. 233.)

Deux observations, dans lesquelles on voit la guérison survenir à la suite d'opérations autoplastiques. C'est sur la peau de l'abdomen que les lambeaux ont été taillés. Les malades étaient adultes au moment de l'opération.

De la cystalgie, par M. Ferra. (Thèses de Paris, n° 93.)

Urinomètres, par M. Mallez. (Société de médecine pratique, 5 avril; (Gazette des hôpitaux, p. 275.)

M. Mallez fait passer sous les yeux de la Société divers urinomètres de forme et de composition différentes. L'un d'eux a été construit sur les indications de M. Hamon. Il est en argent et en aluminium. Sa forme est à peu près celle d'un aréomètre ordinaire. Il est destiné à fournir, par sa graduation, des données approximatives sur la composition de l'urine. C'est un instrument usuel que M. Hamon a voulu réaliser, un instrument qui permette au praticien privé de toutes les ressources de l'analyse himique de reconnaître la quantité probable d'éléments de toute ature en dissolution dans l'urine.

Catarrhe vésical succédant à une cystite aiguë, guéri à la suite d'injections de perchlorure de fer. (Bulletin de Thérapeutique, t. LXI, p. 521.)

Catarrhe de vessie ; injections au tannin, par M. Alquié. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 215.)

L'auteur rapporte deux observations de guérison par les injections avec eau, — 100 grammes et tannin, — de 2 à 4 grammes ou sulfo-tannate de zinc, mêmes doses.

Observation d'hématurie mortelle, par M. Delattre. (Union médicale, t. VI, p. 330.)

Il s'agit d'une hématurie précédant l'accouchement, se continuant pendant le travail, et se terminant par la mort, une heure après la délivrance.

Quelques mots sur l'hématurie dans ses rapports avec la rétention d'urine et le cathétérisme, par M. Alb. Legrand. (Union médicale, t. VIII, p. 465.)

L'auteur rapporte deux observations d'hématuries momentanées s'étant montrées à la suite du cathétérisme, sans aucune lésion de la vessie ou des organes voisins. Suivant l'auteur, on doit rapporter l'origine de cette hématurie au rétablissement subit de la circulation dans les parois de la vessie; cette fonction, que devait nécessairement entraver la compression de l'urine, aussi bien dans le système vasculaire de l'organe que dans celui du petit bassin, se fait brusquement dans des vaisseaux, que leur distension prolongée a rendus peu aptes à la résistance ; le sang venant à les parcourir, comme à l'improviste, est bientôt arrêté par l'engorgement des plexus vésicaux, et s'accumule dans les capillaires ; le réservoir urinaire, frappé d'atonie, ne peut les soutenir en se rétractant ; ceux-ci se rompent et l'hémorrhagie se déclare. — Dans la pratique, on devra donc, dans les cas de distension énorme de la vessie, pratiquer le *cathétérisme en plusieurs temps*.

Caillots sanguins concrétés dans la vessie, par M. Caudmont. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 48.)

Présentation d'instruments nouveaux pour la section des valvules du col de la vessie, par M. Mercier. (Société médico-pratique de Paris ; Union médicale, t. V, p. 125.)

Pour éviter l'hémorrhagie primitive par lésion du *veru montanum*, l'auteur a revêtu la lame de son instrument d'une gaîne.

Dans les cas où il a affaire à des individus débilités, il se contente de comprimer fortement, pendant une heure ou deux, les tissus à diviser ou à exciser, et il abandonne à la nature le soin d'éliminer les parties mortifiées. Il évite ainsi toute perte de sang primitive ou secondaire.

Fongus de la vessie, par M. Siredey.
(Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 350.)

Polype de la vessie, par M. Lancereaux.
(Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 1.)

Incontinence nocturne d'urine, par M. Trousseau.
(Gazette des hôpitaux, p. 34.)

Insuccès de la belladone et de la résine de mastic. — Guérison par l'opération du phimosis.

De l'emploi de l'ergot de seigle dans le traitement des rétentions d'urine par paralysie de la vessie, par M. Allier. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 204.)

L'ergot triomphe des rétentions d'urine, par simple distension de la vessie, quand elles n'ont pas cédé au cathétérisme, et abrége la durée de celles que le cathétérisme guérirait avec le temps. — Il est sans efficacité dans le traitement des rétentions dues à un engorgement de la prostate. Il n'exerce aucune action résolutive sur l'hypertrophie de cette glande. — La paralysie de la vessie, symptôme d'une hémorrhagie cérébrale, cède assez promptement à la médication ergotée. Il n'en est point de même de la paralysie des membres consécutive à l'apoplexie. — L'ergot est également efficace contre la paralysie vésicale, liée à une lésion des centres nerveux mal déterminée, et sans action sur la paralysie des membres dépendant de cette même lésion. — L'ergot, vu le caractère fugace de ses effets, doit être donné à doses rapprochées et fractionnées. On peut en élever graduellement la dose jusqu'à 5 grammes par jour.

Sur les mêmes sujets :

— De l'incontinence nocturne d'urine, par M. Gagey. (Thèses de Paris, n° 125.)

— Incontinence d'urine traitée par des applications locales d'acide tartrique, par M. Rhodes. (British med. journ.; Gazette médicale, p. 115.)

— De la rétention d'urine, par M. Marchand. (Thèses de Paris, n° 225.)

— De la rétention d'urine, ses causes, ses effets, son traitement, par M. Basset. (Thèses de Paris, n° 208.)

— Essai sur les applications de l'électricité à certains cas d'atonie vésicale, par M. Rivols. (Thèses de Paris, n° 197.)

— De l'emploi de l'opium dans la rétention d'urine et dans les spasmes en général, par M. Giraud-Teulon. (Gazette médicale ; Gazette des hôpitaux, p. 327.)

— Sur le traitement de la rétention d'urine dans le cas de rétrécissement de l'urètre, par M. Mercier. (Gazette des hôpitaux, p. 347.)

— Des infiltrations urineuses et des abcès et dépôts urineux, par M. Jobert. (Gazette des hôpitaux, p. 361.)

Simulation de calculs urinaires, par M. Nélaton.
(Gazette des hôpitaux, p. 306.)

Il s'agit d'un garçon de onze ans, qui mettait dans son urine de petites pierres, des morceaux de plâtre, des graviers, etc. Un médecin a été, vu l'âge de cet enfant, longtemps dupe d'une fraude qu'il était facile de reconnaître par le plus simple examen.

Sur la destruction des calculs vésicaux enkystés, par M. Guillon.
(Académie des sciences, 12 novembre.)

L'auteur dit qu'il a obtenu avec son brise-pierre à levier une guérison dans un cas de calcul enkysté entre la vessie et le pubis ; il va faire une opération du même genre, et il prie l'Académie de vouloir bien nommer une Commission pour en constater le résultat.

Expulsion spontanée d'un calcul vésical.
(Gazette des hôpitaux, p. 300.)

Crayon d'ardoise dans la vessie ; élimination spontanée.
(Union médicale, t. VII, p. 30.)

Jeune fille de onze ans. Le corps étranger n'ayant pu être extrait avec des pinces introduites par l'urètre, la malade fut abandonnée à elle-même. Le corps étranger ne détermina aucune inflammation ; il fut rendu spontanément dans un effort de miction, quatre semaines après son introduction.

La taille urétrale ; documents sur la lithotomie chez les femmes, par M. Gruntner. (Union médicale, t. VIII, p. 344.)

L'auteur se montre partisan de la taille urétrale ; il en rapporte

une observation, et il espère qu'à cause de la simplicité et de la facilité de son exécution, cette taille occupera le premier rang dans la série des différentes méthodes de lithotomie chez la femme.

On trouve encore sur les calculs et sur les opérations qu'ils réclament :

— La gravelle étudiée à Contrexeville, par M. Legrand du Saulle. (Paris, A. Delahaye, in-8, 24 pages.)

— Calculs urinaires, par M. Dieuzaide. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 6.)

— Calcul vésical extrait de l'urètre d'un enfant de deux ans, par M. Caudmont. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 330.)

— Concrétions rénales chez un enfant de quatre jours, par M. Michon. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 295.)

— Calculs vésicaux à facettes articulaires, par M. Dolbeau. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 266.)

— Calculs vésicaux ; — lithotripsie ; — guérison, par M. Laugier. (Gazette des hôpitaux, p. 253.)

— Calcul mural ; — taille hypogastrique en deux temps ; — guérison, par M. d'Almeida. (Gazeta medica do Porto, n° 7, 1860; Union médicale, t. VIII, p. 255.)

— Hypertrophie considérable de la prostate, compliquée d'une pierre vésicale ; — lithotritie inachevée ; — taille pré-rectale terminée par la taille médiane, par M. Philips. (Gazette des hôpitaux, p. 5.)

— Calcul vésical, par M. Dolbeau. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 250)

— Calculs rénaux, par M. Royer. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 131.)

— Calcul vésical, par M. Guerlain. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 209.)

— Lettre du docteur Guillon à l'Académie de médecine. (Paris, in-8, 38 pages.)

— Note sur les corps étrangers de la vessie, par M. Civiale. (Moniteur des sciences médicales, p. 604.)

— Corps étranger de la vessie, par M. Ed. Cruveilhier. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 250.)

— Corps étranger dans la vessie ; — guérison, par M. Gutler. (British med. journ. ; Gazette des hôpitaux, p. 115.)

— Corps étrangers accidentellement introduits dans la vessie. (Gazette des hôpitaux, p. 305.)

— Corps étranger dans la vessie, par M. Foucher. (Gazette des hôpitaux, p. 445.)

— Taille para-raphéale, par M. Clot-Bey. (Presse médicale de Marseille; Gazette médicale, p. 378.)

— Taille simplifiée, par M. Smith. (The Dubling quaterly journ. of med. science; Gazette médicale, p. 157.)

— Travaux et doctrines de Franco sur la taille, par M. Goyrand. (Académie de médecine, octobre.)

Recherches cadavériques sur l'état de la prostate chez les vieillards, par M. Cockburn Messer. (The London Lancet; Union médicale, t. VIII, p. 318.)

De ces recherches, il résulte que 35 sur 100 des sujets examinés (âgés de plus de soixante ans) ont offert une augmentation de volume de la prostate, tandis que cet organe, au contraire, était moins volumineux qu'à l'état ordinaire chez 20 sujets sur 100, et que chez 45 il avait conservé son volume normal. — On a pu constater aussi que cette augmentation de volume a principalement pour origine l'accroissement de l'élément fibreux : l'élément glandulaire s'étant aussi accru, mais dans une moindre proportion. Le nouveau tissu fibreux se dépose en couches concentriques, et forme ainsi des tumeurs circonscrites. La fréquence de ces dépôts fibreux est démontrée par ce fait, qu'on en a rencontré 34 fois sur 35 cas de tuméfaction prostatique. Sur 27 de ceux-ci, cette tuméfaction se présentait sous forme de tumeur; sur les 7 autres, il n'en existait pas de trace. Il est également vrai que les glandes où ces tumeurs sont plus distinctes sont aussi les plus disposées à une augmentation de poids. Pour elles, en effet, ce poids s'est élevé à 30, à 48 drachmes même, tandis que, pour les autres, il ne dépassait pas 17.

Tubercules de la prostate, par M. Guerlain. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 132.)

Hypertrophie de la prostate, avec un ancien abcès de la glande, contenant plusieurs calculs, par M. Leroy. (Bulletins de la Société anatomique, 1860, p. 220.)

Acéphalocystes simulant une tumeur de la prostate, par M. Callegari. (Giornale veneto de scienza mediche; Gazette médicale, p. 12.)

Pendant la vie, on avait cru à une hypertrophie de la prostate; à l'autopsie, on trouva deux grosses acéphalocystes développées dans le tissu cellulaire, entre la vessie et le rectum.

De la prostatorrhée dans ses rapports avec la prostatite, par M. Guerlain. (Thèses de Paris, nº 237.)

Spermatorrhée, par M. Formento. (Gazette des hôpitaux, p. 486.)

Elle était accompagnée de symptômes graves du côté des voies digestives et des fonctions de la vue. — Cautérisation de la portion prostatique de l'urètre et bains froids. — Guérison.

De la prostatorrhée, par M. Gross. (The North-American medico-chirurgical review, juillet 1860; Gazette hebdomadaire, p. 541.)

Dans le traitement de la spermatorrhée, il faut avant tout s'attacher à reconnaître et à combattre les causes qui lui ont donné naissance et qui l'entretiennent. Cette indication remplie, on devra le plus souvent instituer à la fois un traitement général et un traitement local. Chez beaucoup de malades, la délibilité générale, l'état languissant des fonctions digestives, réclament un régime tonique et reconstituant, l'emploi des ferrugineux et des préparations de quinquina, un exercice modéré à l'air libre. M. Gross recommande spécialement dans ces cas un mélange de 20 gouttes de teinture de perchlorure de fer avec 10 gouttes de teinture de noix vomique, quatre fois par jour. Dans des conditions opposées, chez les sujets pléthoriques, il emploie de préférence de petites doses de tartre stibié, administrées de manière à éviter les nausées et les vomissements. Dans tous les cas, il faut entretenir la liberté du ventre, en évitant, bien entendu, les purgatifs drastiques, et proscrire les mets fortement épicés. L'exercice modéré des fonctions sexuelles doit être recommandé ; on prescrira, en outre, des injections urétrales avec des solutions faibles de nitrate d'argent ou de laudanum ; l'injection que M. Gross emploie de préférence est composée de 4 à 8 grammes d'extrait de Goulard et de laudanum pour 300 grammes d'eau ; ce mélange doit être injecté avec force et à l'aide d'une seringue volumineuse trois fois par jour, et il faut retenir le liquide injecté dans l'urètre pendant trois ou quatre minutes. Dans les cas rebelles, il faut recourir à la cautérisation de la portion prostatique de l'urètre, ou même de toute la longueur du canal ; on fait ces cautérisations une fois par semaine. M. Gross recommande, en outre, les bains de siége froids administrés deux fois dans les vingt-quatre heures, et les applications de sangsues au périnée et autour de l'anus, dans les cas où les autres moyens ne procurent pas d'amélioration. Enfin, dans les cas les plus rebelles, où les désordres psychiques sont considérables, il ne reste plus d'autre ressource que les voyages qui arrachent le malade à la sphère habituelle de ses préoccupations.

Des pertes séminales involontaires et de leur influence sur la production de la folie, par M. Lisle. (Archives générales de médecine, septembre, p. 257.)

Nouvel instrument pour appliquer des sangsues sur la face rectale de la prostate, par M. Hughes. (Dublin medical press, 1860, vol. I, n° 4; Gazette hebdomadaire, p. 494.)

C'est un tube courbe en gutta-percha ou en gomme élastique, long de 6 pouces, ouvert à l'une de ses extrémités, tandis que l'autre, qui est lisse et arrondie, est fermée par un diaphragme déprimé en forme de cupule. Ce diaphragme est percé de deux à quatre trous coniques assez étroits, pour que des sangsues ne puissent les traverser complétement, mais d'un diamètre suffisant pour laisser passer leur extrémité céphalique. Le tube est légèrement cannelé le long de sa concavité. On fait glisser cette cannelure sur l'index gauche introduit préalablement dans le rectum, au niveau du point le plus douloureux, et l'on y adapte ainsi sans peine l'extrémité cupuliforme de l'instrument, dont la disposition permet de le maintenir facilement en contact avec la prostate. Il va sans dire qu'avant de procéder à cette opération, il faut nettoyer avec soin le rectum à l'aide de lavements.

Des accidents fébriles qui se rattachent au cathétérisme ou à certaines opérations pratiquées sur l'urètre, par M. Mauvais. (Thèses de Paris, n° 6.)

Nouvelle modification apportée aux sondes en gomme élastique, par M. Mallez. (Gazette des hôpitaux, p. 184.)

M. Mallez a présenté une sonde en gomme, à l'extrémité vésicale de laquelle est fixé un fil qui traverse la sonde dans toute sa longueur, et la dépasse d'une certaine quantité à son extrémité manuelle. Cette petite modification est due à M. Périer, chirurgien des Invalides. Voici dans quelles circonstances elle peut être utilisée avec avantage : certaines hypertrophies des lobes latéraux de la prostate déterminent dans leur intervalle une sorte de cul-de-sac où va se loger et s'arcbouter le bec de la sonde. — On conseille, dans ce cas, de retirer légèrement la sonde et de la réintroduire ensuite, ou de retirer seulement le mandrin, pour donner à l'extrémité de la sonde, devenue ainsi libre, toute la flexibilité possible, et encore de se servir d'une sonde à grande courbure, dont le grand arc de cercle passe au-dessous de l'obstacle. — Mais le moyen simple et ingénieux de M. Périer paraît aussi certain que ces divers procédés ; il est surtout d'une ma-

nœuvre facile. Il suffit, en effet, quand le bec de la sonde rencontre un obstacle de la nature de celui dont il vient d'être question, de tirer le fil qui dépasse l'extrémité manuelle, pour imprimer à la sonde la courbure nécessaire.

Note sur des végétations épithéliales obstruant la plus grande partie du canal de l'urètre, par M. Roger. (Annales de la Société anatomo-pathologique de Bruxelles, bulletin n° 3, 1860; Gazette hebdomadaire, p. 555.)

Les parois de l'urètre étaient fortement épaissies et indurées. Les végétations s'étendaient du bulbe jusqu'au méat ; elles étaient globuleuses, ramifiées en forme de villosités de la grosseur d'un pois à celle d'une tête d'épingle. C'était une espèce d'hypertrophie papillaire, dont la plus grande masse était composée de cellules épithéliales arrondies ou à noyaux.

Remarques sur les indications, les résultats et le manuel opératoire de l'urétrotomie externe, par M. Foucher. (Union médicale, t. VIII, p. 644.)

Une observation ayant pour titre : Rétrécissement traumatique de l'urètre ; — urétrotomie externe pratiquée avec succès.

De l'urétrotomie interne, par M. Gaujot, leçons de M. Sédillot. (Paris, Rozier, in-8, 140 pages.)

De l'urétrotomie, par M. Manson. (Thèses de Paris, n° 10.)

Du traitement par l'urétrotomie interne des rétrécissements organiques de l'urètre, réfractaires aux moyens ordinaires, par M. Dupierris. (Thèses de Paris, n° 17.)

Cautérisation du canal de l'urètre, par M. Wilmart. (Gazette médicale de Lyon, p. 212.)

La bougie flexible à boule, dont les avantages ne sont plus contestés par personne pour le diagnostic des rétrécissements de l'urètre, lui avait, dit-il, maintefois fait constater, au lieu d'une véritable coarctation, une sensibilité et une résistance dans l'écartement des parois du canal, indiquant d'une manière évidente le siége de la blennorrhée. Dès lors, il s'est demandé si, en perforant l'extrémité de la bougie à boule d'une large ouverture qui livrerait passage, au gré de l'opérateur, à une petite éponge logée dans le renflement, et portée par un mandrin flexible qui traverserait la tige de l'instrument, il ne remplirait pas la principale indication. Après maints essais tentés dans cette voie, M. Wil-

mart est parvenu à faire confectionner des instruments appropriés en gutta-percha, consistant en un mandrin muni d'une éponge, jouant dans l'intérieur d'une bougie. La préparation de l'instrument consiste uniquement à mouiller et à bien presser l'éponge, puis à l'imprégner de la solution caustique que l'on veut mettre en usage, et à la rentrer dans sa canule protectrice.

— Paralysie consécutive au cathétérisme, par M. Gasquet. (Montpellier médical, t. V, p. 79.)

— Aplanissement des sténosis de l'urètre, par M. Leroy-d'Etiolles. (Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique; Gazette médicale, p. 344.)

— Rétrécissement de l'urètre; sonde brisée dans la vessie, par M. Ollivier. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 57.)

— Infiltration urineuse, par M. Caudmont. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 343.)

— Infection urineuse, ramollissement de la rate, par M. Caudmont. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 331.)

— Des abcès péri-urétraux, par M. Venot. (Journal de médecine de Bordeaux, mars.)

— Nouveau procédé de dilatation des rétrécissements du canal de l'urètre, par M. Houdard. (Thèses de Paris, n° 236.)

— Nouvel urétrotome. (Gazette médicale de Lyon, p. 212.)

— Rétrécissement de l'urètre. — Cathétérisme. — Accidents fébriles. — Urétrotomie. — Guérison. (Bulletin de Thérapeutique, t. VIII, p. 131.)

— Observation de fistule vésico-rectale chez un homme atteint de rétrécissement de l'urètre, par M. Demarquay. (Moniteur des sciences médicales, p. 906.)

— Fistules urinaires, par M. Guerlain. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 46.)

Extraction d'une épingle à cheveux introduite dans le canal de l'urètre. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 26.)

— Sur les corps étrangers introduits dans l'urètre et dans la vessie, par M. Foucher. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 493.)

— Note sur le mode de déplacement des corps étrangers dans l'urètre, par M. Ségalas. (Union médicale, t. VII, p. 116.)

— Rupture de la portion bulbeuse de l'urètre, par M. de Saint-Germain. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 259.)

Section de la verge à l'aide d'un rasoir, par un jeune homme de vingt-six ans, maniaque, par MM. Laborde et Cousrem. (Société de biologie, novembre 1859; Gazette médicale, p. 216.)

Le malade a guéri de sa blessure; il est mort dans le marasme,

par suite du refus obstiné de toute alimentation. A l'autopsie, on a trouvé une suppuration de la vésicule séminale gauche avec anémie testiculaire et absence complète de spermatozoïdes dans tous les organes où on les peut rencontrer.

Plaie du pénis par arrachement; guérison, par M. Foucher. (Moniteur des sciences médicales, p. 581.)

De l'amputation du pénis, par M. Bouisson. (Gazette médicale, p. 684.)

M. Bouisson, pour remédier aux lésions cancéreuses ou autres altérations graves du pénis, n'hésite pas à donner la préférence à celle qui consiste dans l'emploi de l'instrument tranchant; elle seule réunit véritablement les conditions de célérité, de simplicité et de sécurité qu'on est en droit d'exiger dans la thérapeutique chirurgicale.

Hypospadias, par M. Bouisson. (Académie des sciences, 8 octobre.)

Ce travail a pour but d'établir que l'hypospadias, qui est la conséquence d'un arrêt de développement, peut se présenter sous des formes et à des degrés différents. M. Bouisson admet quatre variétés principales d'hypospadias, sous les noms de balanique, pénien, scrotal et périnéal, suivant que l'ouverture anormale de l'urètre correspond au-dessous du gland, du corps caverneux, à l'angle scroto-pénien ou au niveau du périnée. — Il existe deux complications à peine indiquées par les auteurs, et qu'on peut désigner sous le nom de verge palmée et de verge coudée. Le moyen de remédier à ces deux difformités par des opérations distinctes, consiste, dans le premier cas, à diviser la membrane inter-scroto-pénienne, et, dans le second, à faire la section directe de la bride urétrale et la section sous-cutanée des parties de l'enveloppe fibreuse et de la cloison des corps caverneux, qui, par l'arrêt de leur développement ou par leur rétraction, produisent l'incurvation du pénis. — Les degrés moyens de l'hypospadias, c'est-à-dire l'hypospadias pénien et l'hypospadias scrotal, appartiennent seuls à la chirurgie rationnelle.— Celle-ci ne doit pas avoir pour but exclusif de restituer la forme et les dimensions du canal de l'urètre, de manière à permettre l'émission régulière des liquides qui parcourent ce canal ; elle doit se proposer aussi de rétablir les formes et les fonctions du pénis considéré comme organe de copulation. — Ces formes et ces fonctions sont altérées ou empêchées dans les complications de l'hypospadias, désignées par les expressions de verge palmée et de verge coudée. — Le premier vice de conformation est curable par la section de l'adhérence cutanée, avec la précaution de rap-

procher les bords de la plaie par la suture et d'effacer ainsi l'angle scroto-pénien, de manière à ramener les deux moitiés de la ligne cicatricielle dans une même direction longitudinale. — Le second vice de conformation peut être corrigé par la section de la bride urétrale, complétée par la section sous-cutanée de l'élément fibreux du pénis, formant la partie inférieure de son enveloppe et la cloison inter-caverneuse.

— Note sur un vice de conformation de la verge, par M. Martin. (Vierteljahrschrift für gerichtliche und offentliche Medicin, t. XVII, 2e livraison, 1860; Gazette hebdomadaire, p. 570.)

— Du phimosis, par M. Houzé. (Thèse de Paris, n° 217.)

— Phimosis congénital, opéré par le procédé de Vidal (de Cassis), de circoncision avec suture préalable, par M. Polonitzki. (Gazette des hôpitaux, p. 158.)

Sur la blennorrhagie des follicules muqueux du méat de l'urètre chez l'homme, par M. Diday. (Gazette hebdomadaire, p. 725.)

M. Diday appelle l'attention sur l'inflammation de ces follicules muqueux; elle se manifeste en même temps que la blennorrhagie urétrale, elle est de la même nature, et on la reconnaît aux caractères suivants : un pertuis étroit s'aperçoit sur l'un des bords du méat; par la pression, on en fait sortir du muco-pus; en sondant avec une fine aiguille, on la fait pénétrer ordinairement à une profondeur de 3 à 5 ou 6 millimètres, et dans une direction à peu près parallèle à celle de l'urètre. Les conséquences fréquentes de cette inflammation sont : 1° qu'elle peut prolonger considérablement la durée de la blennorrhagie urétrale; 2° qu'elle devient, pour ceux et celles qui ont des rapports médiats ou immédiats avec le malade, un nouveau foyer de contagion, foyer d'autant plus actif qu'il est plus insidieux. — Le copahu, les injections, sont impuissants; la cautérisation avec le fer rouge est seule capable de triompher de cette tenace affection. Voici comment procède M. Diday : « Je choisis, parmi plusieurs aiguilles à tricoter, celle dont le volume est le plus en rapport avec le diamètre du trajet morbide. J'introduis cette aiguille dans le trajet, en ayant soin de la faire pénétrer juqu'au fond. Le malade peut assez souvent aider le chirurgien dans l'accomplissement de ce premier temps, parfois assez difficile. Dans tous les cas, c'est à lui de reconnaître et de dire quand le bout de l'aiguille a touché le fond. — Cela terminé, je fais glisser un petit morceau de papier, que l'aiguille perce, jusqu'à ce qu'il touche le gland. Ce papier remplit l'office d'écran, afin de protéger la verge contre le foyer qui va chauffer l'aiguille. — Alors l'aiguille étant tenue en place, soit par le malade, soit par moi,

je place sous elle une bougie allumée. La flamme chauffe l'aiguille; et, quand celle-ci a atteint une certaine température, quand l'orifice du follicule a blanchi, et qu'on a entendu une sorte de *grésillement* caractéristique résultant de l'action superficielle des tissus, la cautérisation est suffisante, et l'on peut retirer l'instrument. — Les suites sont extrêmement simples, et ne méritent pas plus de mention que de soins.

Injections de sous-nitrate de bismuth contre la blennorrhée, par M. de Méric. (Gazette médicale de Lyon, p. 242.)

Il y avait lieu de préciser la valeur de cet agent, trop chaudement préconisé depuis quelque temps pour ne pas être exposé à une réaction de défaveur également excessive. C'est ce que vient de faire M. de Méric, au nom d'une expérience aussi prolongée qu'attentive. Sur cinquante-deux malades blennorrhéïques soumis exclusivement à cette médication, trente-six ont guéri, après un traitement qui, en moyenne, n'a pas demandé moins de vingt-deux jours. Des chiffres aussi positifs et des promesses aussi modérées venant d'un observateur aussi consciencieux recommandent, à nos yeux, ce remède beaucoup mieux que les vagues exagérations de tant de faiseurs de réclame.

Traitement de la blennorrhagie sans copahu, par M. Weden-Cooke. (Gazette médicale de Lyon, p. 88.)

L'auteur part de cette idée que la douleur, chez les blennorrhagiques, est due à l'acidité de l'urine qui passe sur la muqueuse enflammée. En conséquence, il propose de traiter la maladie, à l'état aigu, par l'administration des carbonates alcalins. (Une exception est cependant établie à l'égard des sujets lymphatiques, et de ceux chez qui l'urine ne serait pas trouvée être alcaline : pour eux, les ferrugineux et les amers seraient préférables). — Enfin, quand le mal est arrivé à la période de déclin, il faut employer les injections d'une solution de 5 à 10 centigrammes de chlorure de zinc sur 30 grammes d'eau.

Traitement de la blennorrhagie par les injections de bismuth, par M. Mourlon. (Gazette des hôpitaux, p. 416.)

L'auteur cite, dans son mémoire, trente-sept observations d'urétrites, dont trente-deux sont des exemples de guérison. La durée moyenne du traitement a été de vingt et un jours. Mais il n'a obtenu ces succès qu'avec un sous-nitrate de bismuth, qui, ayant été convenablement lavé, ne présentait plus aucune réaction acide.

Note sur le traitement de la blennorrhagie par les balsamiques à faible dose et les injections au sous-nitrate de bismuth; précautions à prendre pour assurer le succès de ces injections, par M. Dauvé. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 299.)

Le sous-nitrate de bismuth, modificateur si puissant de la muqueuse intestinale, employé en injections par M. le docteur Caby, comme modificateur du flux de la muqueuse urétrale dans la blennorrhagie chronique, possède les mêmes avantages, quoiqu'à des degrés différents, dans les autres périodes de cette maladie. — Dans la période d'invasion de la blennorrhagie, et dans toutes les périodes où il y a douleur pendant la miction, la médication est plus efficace si on associe à l'injection l'emploi de l'opiat cubèbe et copahu à faible dose; pris de cette façon, les balsamiques rendent l'urine médicamenteuse, calment la douleur pendant la miction et n'occasionnent aucun accident. — Pour ne causer aucune douleur, l'injection doit être nouvellement préparée et lavée, soit avec l'eau étendue d'azotate d'ammoniaque (Loewe), soit avec l'eau bouillante (Orfila); ces moyens empêchent la décomposition du sel de bismuth dans l'eau de la mixture, et s'opposent à ce que celle-ci devienne acide. — L'action purgative des balsamiques à haute dose est avantageusement remplacée, et sans accidents, par l'eau de Sedlitz.

— Observation de blennorrhagie compliquée, et, à ce propos, remarques sur l'emploi du nitrate de potasse dans le traitement des arthrites chroniques, par M. Gouriet. (Gazette des hôpitaux, p. 123.)

— Blennorrhagie aiguë, avec abcès considérable de la verge, par M. Gouriet. (Gazette des hôpitaux, p. 194.)

— Observation d'arthrite blennorrhagique multiple de forme goutteuse, arthritique, par M. Dardel. (Moniteur des sciences médicales, p. 839.)

— Traitement de la blennorrhagie et de la blennorrhée, par M. Auzias-Turenne. (Paris, P. Leclerc, in-8°, 15 pages.)

— Des écoulements chroniques du canal de l'urètre et de leur traitement, par M. Domerc. (Gazette des hôpitaux, p. 30.)

— Observation d'affection des organes urinaires, par M. Guérard. (Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 28 décembre 1859; Union médicale, t. V, p. 475.)

— Lésions multiples des voies urinaires, par M. Caudmont. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 301.)

— Anatomie pathologique de l'appareil génito-urinaire de l'homme, par M. Mallez. (Société de médecine pratique; Gazette des hôpitaux, p. 183.)

— Anatomie, physiologie et pathologie des organes génito-

urinaires en Angleterre, par M. Mercier. (Gazette hebdomadaire, p. 129.)

— Nouvelles recherches sur la fièvre et quelques phlegmasies spéciales qu'on observe dans les maladies des organes génito-urinaires, par M. Civiale. (Paris, J.-B. Baillière, in-8°, 116 pages.)

Etude historique et critique sur l'extirpation des tumeurs cystiques de l'ovaire, par M. Worms. (Gazette hebdomadaire, p. 642.)

Dans ce travail, M. Worms appelle l'attention sur les résultats que des chirurgiens anglais, allemands et américains ont obtenus par l'extirpation des tumeurs cystiques de l'ovaire. Plus d'une fois, les résultats ont été favorables ; s'il y a eu des revers, il y a eu aussi des succès, qui doivent encourager les chirurgiens de France à marcher dans cette voie. Le mémoire de M. Worms contient de nombreuses observations traduites de l'anglais et de l'allemand. Nous aurons à revenir sur cette question dans nos prochains volumes.

Sur les affections de l'ovaire, on trouve :

— Du diagnostic différentiel des tumeurs du ventre avec les kystes des ovaires, par M. Boinet. (Gazette hebdomadaire, p. 7.)

— Hydropisie enkystée de l'ovaire, emploi de l'oignon blanc ; guérison, par M. Vénot. (Journal de médecine de Bordeaux, juillet.)

— Un mot rétrospectif sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire et sur son traitement médical et chirurgical, par M. Legrand. (Gazette des hôpitaux, p. 374 et 415.)

— Kyste de l'ovaire contenant de l'air, par M. Meyer. (Deutsche klinik, n° 15, 1860 ; Gazette hebdomadaire, p. 668.)

— Tumeur cancéreuse de l'ovaire avec kystes multiples, par M. Descroizilles. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 238.)

— Kyste de l'ovaire, par M. Gérin-Roze. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 277.)

— Tumeur de l'ovaire droit, par M. Morel-Lavallée. (Société de biologie, Gazette médicale, p. 368.)

— Considérations sur les tumeurs enkystées de l'ovaire, par M. Houdart. (Thèses de Montpellier, n° 30.)

— Kyste ovarique multiloculaire ponctionné trois fois.— Ovariotomie. — Adhérences avec le foie. — Guérison complète, par M. Spencer Wells. (Gaz. hedomadaire ; Gaz. des hôpitaux, p. 559.)

— Hydropisie enkystée des ovaires, par M. Chevrier. (Thèses de Montpellier, n° 98.)

— Des kystes pileux; une observation sur les varices du diploé, par M. Emery. (Thèses de Paris, n° 72.)

— Trois observations des kystes de l'ovaire traités avec succès par la ponction et la compression, par M. Baker-Brown. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 664.)

Mémoire sur les hématocèles péri-utérines spontanées, par M. Gallard. (Archives générales de médecine, octobre, p. 385.)

Le travail de M. Gallard se compose de deux parties ; dans la première, il examine la nature de ces hématocèles. Pour lui : — I. Les hématocèles pelviennes doivent être divisées en deux grandes classes : 1° hématocèles communes aux deux sexes, 2° hématocèles spéciales à la femme ou *péri-utérines* proprement dites. De ces dernières, les unes sont *traumatiques* ou *accidentelles ;* les autres, dépendant uniquement d'un trouble apporté à l'exercice physiologique des fonctions génitales, sont dites *spontanées.* — II. La perturbation qui préside au développement des hématocèles péri-utérines *spontanées* ne diffère en rien de celle qui produit les grossesses extra-utérines, aussi la collection hématique peut-elle présenter autant de variétés de siéges que la grossesse extra-utérine elle-même. — III. Ces hématocèles peuvent se produire même en l'absence de toute conception, mais le mécanisme d'après lequel elles se forment est toujours le même ; elles résultent d'une migration incomplète ou défectueuse soit de l'ovule, soit de l'ovaire, soit du sang qui s'écoule de l'ovaire après la déhiscence de cet ovule, et *il est certain qu'elles se produisent plus facilement et plus fréquemment quand il y a eu conception* que dans le cas contraire. — IV. L'hématocèle péri-utérine *spontanée* n'est donc autre chose qu'une *ponte extra-utérine.* Elle peut se produire, que l'ovule soit fécondé ou non, mais elle est beaucoup plus fréquente si l'ovule est fécondé, et il y a alors véritablement *grossesse extra-utérine.*

La seconde partie comprend la description nosographique des hématocèles péri-utérines.

Rapport sur un travail de M. Gallard, intitulé : De l'hématocèle péri-utérine, par M. Béhier. (Société médicale des hôpitaux de Paris, 18 juin ; Union médicale, t. VII, p. 46.)

De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non en-

kystés de la cavité péritonéale du petit bassin, considérés comme accidents de la menstruation, par M. A. Voisin. (Paris, J.-B. Baillière, in-8, VIII- 368 pages et planches.)

Dans ce volume, M. Voisin fait connaître de nouveau les idées qu'il a déjà soutenues, et dont on trouvera une analyse, t. II, p. 309.

Des sources des tumeurs sanguines du petit bassin, par M. Puech. (Gazette des hôpitaux, p. 311.)

Cet article a été écrit à propos des *leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, par M. Aran. M. Puech montre que M. Aran arrive, sauf quelques différences, aux conclusions que M. Puech a déjà énoncées dans divers mémoires, et qu'il admet l'apoplexie des ovaires, la rupture des plexus utéro-ovariens, l'hémorrhagie des trompes comme source possible des tumeurs sanguines du petit bassin.

Sur le même sujet :

— Hématocèle nettement limitée à l'ovaire gauche, par M. Simon. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 306.)

— Observations d'épanchement sanguin dans la cavité pelvienne, par M. Gautier. (Union médicale, t. V, p. 334.)

— Observation de tumeur sanguine rétro-utérine suivie de fistule recto vaginale ; guérison, par M. Gaucher. (Gazette des hôpitaux, p. 419.)

— Coup d'œil sur le traitement de l'hématocèle rétro-utérine. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 120.)

De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines, par M. Siredey. (Thèses de Paris, n° 18.)

M. Siredey développe l'idée suivante, dont la démonstration est basée sur un grand nombre de faits. De même, dit-il, qu'au point de vue physiologique, M. Négrier a proposé de changer les termes des organes génitaux et de considérer l'ovaire et la trompe comme les organes essentiels, et l'utérus comme leur annexe ; de même je crois qu'en pathologie, les affections de l'utérus sont subordonnées à celles de l'ovaire et de la trompe, et de leur enveloppe commune, le péritoine. Ce sont donc les maladies de ces organes qui dominent toute la pathologie utérine ; c'est de leur situation profondément cachée, difficilement accessible, que découle l'incertitude de leur diagnostic, et c'est de leur rapport

avec la grande séreuse abdominale, si prompte à s'enflammer, qu'elles tirent leur gravité.

De la lésion et de la maladie dans les affections chroniques du système utérin, par M. Tillot. (Thèses de Paris, n° 105.)

D'après M. Tillot, les affections chroniques de l'utérus et de ses annexes ne sont chroniques que parce qu'elles éclatent chez des sujets prédisposés. Réduisant à la valeur que leur assigne leur titre de causes occasionnelles la plupart des causes que les auteurs mettent en avant pour expliquer la fréquence et les récidives des maladies de l'utérus, telles que la grossesse, l'accouchement, les excès de coït, etc., tant invoqués pour exclure les diathèses, il se demande pourquoi presque tous les praticieus traitent les affections chroniques de l'utérus non-seulement par des topiques, mais par des moyens généraux. — Quant à la chlorose, que la majorité des médecins considère comme consécutive à l'établissement d'une affection utérine, M. Tillot dit qu'elle existe presque toujours antérieurement et qu'elle se prononce davantage, ce qui explique la confusion ; mais cette altération du sang lui semble partager le privilége des diathèses pour faire éclore ou entretenir les maladies chroniques de l'utérus. — Pour démontrer ce qu'il croit être la vérité, M. Tillot a recours à trois ordres de preuves, à l'induction, aux autorités médicales, à l'observation clinique. A cet effet, il a réuni, pendant le cours de son internat, 27 observations, dans lesquelles les antécédents des malades sont notés avec soin, non-seulement au point de vue sexuel, mais surtout au point de vue des diathèses ; il les a rapportées dans son travail, et il conclut que la diathèse qui donne le plus fréquemment lieu à des affections chroniques de l'utérus est la diathèse scrofuleuse. Dans tout le cours de ce travail, qui ne porte d'ailleurs que sur des généralités, l'auteur laisse de côté les diathèses dont l'influence est généralement admise, la syphilis et le cancer. — La thèse de M. Tillot est divisée en deux parties : dans la première, il jette un coup d'œil rapide sur les affections chroniques en général, et conclut qu'il y a une différence considérable entre les maladies aiguës et les maladies chroniques, que celles-ci ne se développent qu'autant que l'organisme est en puissance d'une diathèse ou de la chlorose. — Dans la seconde partie, l'auteur, après avoir passé en revue les principales opinions sur la théorie des affections utérines, aborde l'étude de ces maladies et combat les idées des localisateurs, en examinant une à une les raisons sur lesquelles ils se fondent pour repousser l'intervention des diathèses ; puis il termine en adressant à un grand nombre de médecins de notre époque le reproche de trop spécialiser la pathologie de l'utérus

et de paraître oublier « que ce viscère fait partie de la chaîne harmonique dont tous les organes ne sont que des anneaux, et que si la chaîne fonctionne mal, elle entraîne le désordre dans les fonctions de l'utérus comme de tout autre système. »

Du siége et de la nature des inflammations péri-utérines par par M. Danner. (Archives générales de médecine, août, p. 202.)

M. Danner passe en revue les opinions émises dans les publications récentes de MM. Nonat, Becquerel, Scanzoni, Bernutz et Goupil, Aran.

Des maladies de l'utérus et de ses annexes, par M. Gallard. (Union médicale, t. VII, p. 20, 69.)

Articles de critique, dans lesquels sont examinés divers travaux sur les maladies utérines.

De la métrite folliculeuse ou granuleuse hémorrhagique, ou des fongosités utérines, par M. Baudot. (Union médicale, t. VII, p. 49.)

M. Baudot reproduit des leçons faites sur ce sujet par M. Becquerel.

On a encore publié sur les affections utérines :

— De l'inflammation péri-utérine, par M. Aran. (Gazette des hôpitaux, p. 334.)

— Communication d'un cas de phlegmon péri-utérin, par M. de Chégoin. (Société médicale des hôpitaux de Paris, 9 et 23 mai ; Union médicale t. VI, p. 585.)

— De quelques épiphénomènes des névralgies lombosacrées pouvant simuler des affections idiopathiques de l'utérus et de ses annexes, par M. Marrotte. (Archives générales de médecine, avril, p. 385 ; mai, p. 552.)

— De la chute de l'utérus, par M. Le Gendre. (Paris, J.-B. Baillière ; in-8°, 170 pages et 8 planches.)

— Quelques considérations sur la physiologie pathologique et l'hygiène de l'appareil utérin, par M. Pinaud. (Thèses de Paris, n° 169.)

— Quelques considérations sur la puberté chez la femme et sur la ménopause, par M. Laborde. (Thèses de Paris, n° 203.)

— Du développement de la matière tuberculeuse dans la cavité utérine, par M. Grocq. (Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique, t. III, 2e série, n° 2, 1860 ; Archives générales de médecine, août, p. 215.)

— De la cautérisation transcurrente superficielle dans quelques névroses symptomatiques des maladies de l'utérus et de ses annexes, par M. Trinquier. (Thèses de Paris, n° 99.)

— De la péritonite consécutive à l'inflammation purulente

des trompes de Fallope, par M. Fœster. (Union médicale, t. V, p. 408.)

— De l'inflammation du col de l'utérus, par M. Paté. (Thèses de Paris, n° 85.)

— De la métrite folliculeuse ou granuleuse hémorrhagique (fongosités utérines), par M. Jatropolo. (Thèses de Paris, n° 42.)

— Des engorgements et des ulcères du col de l'utérus, par M. Villar. (Thèses de Montpellier, n° 23.)

— Cystocèle vaginal, par M. Baker-Brown. (British. med. journ. ; Gazette médicale, 25 février, p. 115.)

— De l'emploi du pessaire à réservoir d'air globuleux, par M. Kums. (Annales de la Société de médecine d'Anvers; Gazette hebdomadaire, p. 331.)

— Observation d'extirpation d'un polype utérin, par M. Pommier. (Union médicale, t. V, p. 381.)

— De la curabilité spontanée de quelques polypes utérins, par M. Velpeau. (Gazette des hôpitaux, p. 129.)

— Deux cas d'occlusion de l'utérus traités avec succès, par M. Donnell. (British Amer. journal, janvier; Union médicale, t. VII, p. 589.)

Polype intra-utérin d'un volume considérable (poids 750 g.). Expulsion de la cavité utérine par les contractions de l'organe, favorisées ou provoquées par le seigle ergoté. — Extraction de la cavité pelvienne par l'emploi du forceps. — Extirpation de la tumeur par la torsion du pédicule. — Guérison, par M. Demeaux. (Moniteur des sciences médicales, p. 653.)

— Tumeur utérine intersticielle volumineuse. — Expulsion par les contractions utérines. — Guérison par M. Bonnefous. (Moniteur des sciences médicales, p. 882.)

— Hypertrophie de la lévre antérieure du col utérin. — Corps fibreux de l'utérus. — Ecrasement linéaire, par M. Depaul. (Gazette des hôpitaux, p. 74.)

— Corps fibreux adhérent à l'utérus, par M. Brouardel. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 55.)

— Des tumeurs fibreuses de l'utérus, par M. Guyon. (Thèses de Paris pour l'agrégation. — A. Delahaye; in-8°, 139 pages et planches.)

— Tumeur fibreuse de l'utérus; énucléation. — Guérison, par M. Ramsay. (Edinburgh med. journ.; Gazette médicale, p. 116.)

— Kyste hydatique du bassin; ponctions par le rectum. — Guérison, par M. Quaim. — Deuxième cas du même genre, par M. Thomson. (Med. Times and Gaz., 23 mai 1860; Gazette hebdomadaire, p. 604.)

— Cas d'hydatides dans l'utérus, par M. Perry. (The Glascow med. journ.; Gazette médicale, p. 143.)

— Hydropisie enkystée de l'utérus, se reproduisant tous les trois mois ; injection iodée. — Guérison, par M. Parant. (Gazette des hôpitaux, p. 391.)

— Cancer de l'utérus ; compression des uretères ; hydronéphrose consécutive ; suppression de la sécrétion urinaire ; accidents nerveux, par M. Aran. (Gazette des hôpitaux, p. 425.)

— Tumeur cancéreuse du col de l'utérus, par M. Dufour. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 67.)

— Du cancer de l'utérus, par M. Aran. (Gazette des hôpitaux, p. 429.)

— Cancer de l'utérus et du vagin, par M. Maunoir. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 99.)

— Inversion de l'utérus datant de six années ; réduction, par M. Bockendahl. (Deutsche klinik 1859, n° 52, et Med. Times and gaz., 9 juin 1860 ; Union médicale, t. VII, p. 447.)

— Nouveau cas de renversement de l'utérus réduit au moyen de la pression continue, par M. Tyler Smith. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 238.)

— Redresseur utérin, par M. Bonnafont. (Académie de médecine, septembre.)

— De la faradisation dans les engorgements inflammatoires du col utérin, par M. Beau. (Gazette des hôpitaux, p. 573.)

— De la mobilité utérine. (Gazette des hôpitaux, p. 597.)

— Prolapsus complet de l'utérus avec allongement hypertrophique du col ; réduction et contention à l'aide d'un appareil spécial, par M. Huguier. (Gazette médicale, avril ; Bulletin de thérapeutique, t. LVIII, p. 423.)

— Déplacements de l'utérus, par M. Frémineau. (Paris, Leclère ; in-8°, 32 pages.)

— Essais sur les flexions de l'utérus, par M. Corties. (Thèses de Montpellier, n° 47.)

— Etudes médico-chirurgicales sur les déviations utérines, par M. Dunal. (Paris, V. Masson ; in-8°, XVI-176 pages.)

— Des flexions de l'utérus, par M. Barrois. (Thèses de Paris, n° 154.)

— Lettre sur les déviations utérines, par M. Faye. (Union médicale, t. VIII, p. 359.)

— Observation de prolapsus utérin guéri par la cautérisation de la muqueuse vaginale, recueillie dans le service de M. Choumel, par M. Riquard. (Journal de médecine de Bordeaux ; Gazette médicale, p. 362.)

— Application clinique d'un instrument dit élythroïde pour le traitement des maladies utérines, par M. Guérin. (Gazette des hôpitaux, p. 590.)

— Du rôle thérapeutique de l'électricité dans les affections utérines, par M. Beuvain. (Moniteur des sciences médicales, p. 167.)

— Coup d'œil bibliographique sur les maladies des femmes. (Moniteur des sciences médicales, p. 617.)

— Note sur le développement incomplet d'une des moitiés de l'utérus, par M. Stolz. (Strasbourg; in-8°, 20 pages.)

— Atrésie de la moitié gauche d'un utérus bicorne, par M. Rokitansky. (Geitschrift Gesellschaft der œrztezu Wien, 1860, n° 31; Gazette hebdomadaire, p. 701.)

— De la stérilité chez la femme, par M. Plantier. (Thèses de Paris, n° 101.)

— Leucorrhée utérine des vieilles femmes, par Mathews Duncan. (Edinb. med. journal, mars 1860; Archives générales de médecine, juin, p. 744.)

— Traitement de la stérilité par la division du col de l'utérus, par M. Simpson. (Medical times; Union médicale, t. VI, p. 430.)

— Du traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée par l'apiol, par M. Delorme. (Gazette des hôpitaux, p. 443.)

— De l'aménorrhée et de la dysménorrhée, de la diversité des indications thérapeutiques qu'elles réclament, et particulièrement de l'emploi de l'apiol contre ces deux affections, par par MM. Joret et Homolle. (Bulletin de thérapeuthique, t. LIX, p. 97.)

— Menstruation difficile; traitement. (Gazette des hôpitaux, p. 471.)

— Traitement de la stérilité, par M. Pfeiffer. (Union médicale, t. VI, p. 601.)

— Prurit de la vulve; décoction concentrée d'ellébore blanc. (Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 40.)

— Phlébite utérine; formule, par M. Sébastien. (Revue de thérapeutique, septembre 1860; Bulletin de thérapeutique, t. LIX, p. 382.)

— Traitement de la dysménorrhée, par M. Fanner. (Gazette des hôpitaux, p. 95.)

— De la leucorrhée, par M. Boulland. (Thèses de Paris, n° 95.)

— De la métrorrhagie considérée en dehors de l'état purpéral; esquisse des principales affections dont elle est symptomatique; traitement, par M. Boulin. (Thèses de Paris, n° 23.)

— De la digitale à haute dose dans la ménorrhagie, par M. Trousseau. (Gazette des hôpitaux, p. 597.)

— Nouvel hystérotome pour le traitement de la dysménorrhée, par M. White. (Charleston medical journal and review; vol. XIV, n° 4; Gazette hebdomadaire, p. 123.)

— Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes, par M. Aran, recueillies par M. Gauchet. (Paris, Labé; in-8°, 1106 pages.)

— Clinique médicale sur les maladies des femmes, par

MM. Bernutz et Goupil. (Paris, Chamerot ; in-8°, VII-595 pages et figures.)

Remarques sur un nouveau procédé opératoire appliqué au traitement des fistules vésico-vaginales, par M. Dubrisay. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 57.)

Dans cet article, M. Dubrisay fait connaître la pratique de MM. Bozeman et Baker-Brown : voir ci-dessous l'analyse de la thèse de M. d'Andrade.

Examen de quelques nouveaux procédés opératoires pour la guérison des fistules vésico-vaginales, par M. Follin. (Archives générales de médecine, avril, p. 457, mai, p. 584.)

M. Follin fait l'analyse et la critique des travaux publiés à l'étranger sur les modifications introduites récemment dans la pratique des opérations de fistules vésico-vaginales. Le résumé que nous donnons ci-dessous de la thèse de M. d'Andrade fera suffisamment connaître le travail de M. Follin.

Essai sur le traitement des fistules vésico-vaginales, par le procédé américain, modifié par M. Bozeman, par M. d'Andrade. (Thèses de Paris, n° 172.)

Cet excellent travail, écrit sous l'inspiration de M. Verneuil, comprend deux parties, dont la seconde est destinée à faire connaître les observations de fistules vésico-vaginales opérées par le procédé américain, modifié par M. Bozeman. Les traits caractéristiques de ce procédé sont exposés dans la première partie ; ce sont, en résumé :

1° Position de la malade soit sur les genoux et les coudes, soit dans le décubitus latéral. — 2° Emploi du spéculum en gouttière, n'exigeant qu'un aide, tenant très-peu de place dans le vagin, tendant les parois de cette cavité et éclairant le champ de l'opération. — 3° Avivement très-large, pratiqué en biseau, aux dépens de la face vaginale de la cloison et respectant complétement la paroi vésicale. — 4° Emploi de fils métalliques très-fins, très-souples, très-rapprochés les uns des autres, rampant dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, sans pénétrer dans la vessie, et par conséquent ne se trouvant, après l'affrontement, nulle part en contact avec l'urine. — 5° Ces fils, entrant et sortant à 1 centimètre du bord avivé, comprennent, dans l'anse qu'ils forment, une très-grande épaisseur de tissus sains, capables de résister longtemps à la section. — 6° Affrontement par de larges

surfaces saignantes qui ne sont en contact ni avec l'urine du côté de la vessie, ni avec les mucosités du vagin. La largeur de cet affrontement donne une cicatrice linéaire épaisse et met à l'abri des récidives; elle doit favoriser encore la réunion secondaire des petits pertuis succédant par hasard à une réunion primitive incomplète. — 7° Emploi d'une plaque métallique, rendant tous les fils solidaires et immobilisant toute la région opérée, exerçant de plus une légère compression sur les lèvres rapprochées en les protégeant contre les liquides vaginaux. Cette plaque, de plus, empêche les fils de s'enfoncer dans l'épaisseur de la muqueuse du vagin et soutient les anneaux de plomb qui servent à fixer les deux chefs de l'anse. — 8° Séjour très-prolongé des fils, qui, grâce à leur ténuité et à leur nature métallique, n'irritent pas les tissus; séjour prolongé qui, en revanche, maintient longtemps les lèvres en contact et permet à la lymphe plastique qui les réunit d'acquérir de la solidité. — 9° Emploi d'un cathéter léger, peu saillant au dehors, tenant de lui-même en place, facile à ôter et à remettre, et n'ayant à l'intérieur de la vessie aucun contact avec la région opérée. — 10° Innocuité de l'opération, dont les suites sont en général très-simples et n'ont entraîné la mort que dans un nombre de cas excessivement restreint. Cette innocuité paraît due au peu d'étendue du traumatisme, à l'absence générale d'hémorrhagie, l'avivement n'ouvrant que des vaisseaux de très-petit volume et très-superficiels; enfin à l'abstention complète de tout décollement, incision à distance et autres manœuvres autoplastiques dangereuses, etc. Notons enfin que, grâce à la position dans laquelle on opère, on n'exerce sur l'utérus aucune de ces tractions, de ces tiraillements forcés, dont les inconvénients forcés ne sauraient être contestés. — 11° Emploi de l'opium longtemps continué. Constipation artificielle, précautions minutieuses prises au moment de la première déjection alvine.

Des fentes vulvaires et des perforations du périnée chez les femmes, par M. Silvestre. (Thèses de Paris, n° 38.)

Sur l'opération de la fistule vésico-vaginale, par M. G. Simon. (Monatsschr. f. Geburtsk., 1858; Union médicale, t. VI, p. 388.)

Lorsque, par suite de la grandeur de la perte de substance, les bords avivés de la fistule ne peuvent être rapprochés qu'en déterminant une forte tension, le résultat est compromis par cette dernière circonstance. M. Jobert de Lamballe pratique alors deux incisions latérales qui permettent le glissement des surfaces. M. G. Simon trouve cette opération souvent inutile et souvent insuffisante, et depuis quelques années, il surmonte la

difficulté en établissant deux séries de points de suture. — Après avoir complétement et largement avivé les bords de la fistule, dans toute son étendue, en forme d'entonnoir à base vaginale, on établit à 1/2 ou 3 centimètres des bords, aussi loin que possible, une série de points de suture qui doivent traverser les parois vésicales. Il les appelle des sutures de relâchement, de rapprochement, destinées à favoriser les rapprochements des bords avivés et à enlever la tension. Dans leur intervalle et plus près des bords, on pratique alors une seconde série de points de suture, qui n'ont souvent à traverser que les parois vaginales et qui établissent la coaptation exacte des lèvres de la plaie ; ce sont des sutures de réunion. Quand la tension n'est pas considérable, une seule série de sutures peut souvent suffire, mais elles doivent être solides, c'est-à-dire embrasser beaucoup de parties, soit en largeur, soit en épaisseur, ou dans ces deux sens à la fois. On n'a pas à craindre de traverser toute l'épaisseur des parois vésicales ; il n'en résultera quelque inconvénient que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Sur le même sujet, on trouve :

— Des fistules urinaires chez la femme en général, par M. Dereins. (Union médicale, t. VIII, p. 1.)

— Quelques réflexions sur les fistules vésico-utéro-vaginales et vésico-vaginales, par M. Boitelle. (Thèses de Paris, n° 132.)

— Fistule vésico-utérine, par M. Jobert. (Gazette des hôpitaux, p. 453.)

— Cas de fistule urétro-vaginale, par M. Laugier. (Gazette des hôpitaux, p. 273.)

— Nouveau procédé d'occlusion du vagin dans les fistules vésico-vaginales incurables. (Union médicale, t. VI, p. 51.)

— Cas d'absence de la vessie ; fistule urétro-vaginale, etc., par M. Max. (Moniteur des sciences médicales, p. 677.)

— Réparation du périnée ; suture-serpentine, par M. Jobert. (Gazette des hôpitaux, p. 85.)

— Considérations sur la périnéoraphie, par M. Parmentier. (Union médicale, t. V, p. 36.)

— Tumeur du vagin, par M. Parmentier. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 245.)

— Observations pour servir à l'histoire des végétations développées dans le conduit vaginal, par M. Ollivier. (Gazette des hôpitaux, p. 375.)

— Tumeur musculaire du vagin du volume d'un gros œuf;

ablation et guérison, par M. Huguier. (Gazette des hôpitaux, p. 330.)

— Prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme, par M. Mallez. (Gazette des hôpitaux, p. 346.)

— Observation de polype de l'urètre chez la femme, par M. Thore. (Gazette médicale, p. 127.)

— Cas d'imperforation de l'hymen; opération tardive; mort, par M. Paget. (British med. journal; Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 135)

— Des tumeurs de la vessie, par M. Aubenas. (Thèses pour l'agrégation. — Strasbourg.)

— Esthiomène de la vulve, par M. Meunier. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 305)

— Esthiomène de la vulve suspendu par un long pédicule, par M. Morel-Lavallée. (Société de chirurgie, 29 août; Gazette des hôpitaux, p. 424.)

— De la contusion du sein et de ses suites, par M. Tourner. (Thèses de Paris, n° 91.)

— Des tumeurs adénoïdes du sein, par M. Guingue. (Thèses de Paris, n° 163.)

— Tumeur hypertrophique du sein, par M. Parmentier. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 216.)

— Tumeur cancéreuse du sein chez l'homme, par M. Marcowitz. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 134.)

— Tumeur du sein, par M. Lancereau. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 330.)

— Tumeur mammaire, par M. Dufour. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 204.)

— Tumeur du sein, par M. Lancereau. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 292.)

— Tumeur du sein, par M. Richet. (Société de chirurgie, 22 février; Gazette des hôpitaux, p. 107.)

— Tumeur butyreuse du sein droit; large incision du kyste; guérison, par M. Tribes. (Montpellier méd., t. IV, p. 190)

— Des tumeurs butyreuses du sein, par M. Puech. (Moniteur des sciences médicales, p. 4.)

— Tumeur hydatide du sein; ponction; accidents fébriles; séton; énucléation de l'acéphalocyste-mère; guérison; quelques considérations sur les acéphalocystes mammaires, par M. Bermond. (Gazette des hôpitaux, p. 170.)

Recherches sur le chancre primitif et les accidents consécutifs, produits par la contagion de la syphilis secondaire, par M. Viennois. (Thèses de Paris, n° 216.)

Cette thèse contient un grand nombre de citations et le résumé des différents travaux faits sur la question. L'auteur montre que la transmission des accidents secondaires se fait fréquemment, que toujours elle a lieu comme celle de la syphilis primitive, c'est-à-dire que dans les deux cas, la lésion transmise est un accident primitif, un chancre. La clinique et l'inoculation artificielle sont unanimes à cet égard. M. Viennois étudie d'une manière particulière le chancre du mamelon, le chancre de la bouche, le chancre vaccino-syphilitique et le chancre produit par l'inoculation de l'accident secondaire ou par le sang. Sur ce sujet, le même auteur a écrit le travail suivant :

De la transmission de la syphilis par la vaccination, par M. Viennois. (Archives générales de médecine, juin, p. 662.)

Par un grand nombre d'observations, M. Viennois montre que par l'inoculation du sang d'un sujet syphilitique à un sujet vierge de syphilis, on peut donner la syphilis à ce dernier ; que c'est par un chancre au point de l'inoculation que débutent les accidents, qui sont suivis plus tard des symptômes constitutionnels. Dans la vaccination, c'est par le sang qu'on donne la syphilis, et on peut faire naître par l'opération vaccinale de véritables épidémies de syphilis.

De l'état actuel de la doctrine en syphilographie, par M. Pérès (Thèses de Paris, n° 175.)

De la pluralité des maladies vénériennes, par M. Rollet. (Gazette médicale de Lyon, p. 150.)

Dans ces articles, M. Rollet fait connaître quelques caractères communs qui existent entre les maladies vénériennes, et il fait ressortir les différences immenses qui séparent la blennorrhagie des affections syphilitiques et le chancre simple du chancre infectant. Ce parallèle est fait suivant les idées nouvelles de la transmission des accidents secondaires.

Une discussion s'étant élevée devant la Société de médecine de Lyon, à propos de cette communication, M. Diday (p. 266) a résumé son opinion dans les propositions suivantes : La syphilis qui est produite par la contagion secondaire se développe moins aisément, moins souvent ; en d'autres termes, l'accident secondaire est moins contagieux que l'accident primitif. — L'accident secondaire a besoin, pour opérer la contagion, de contacts

prolongés, répétés. — Comparée à celle qui naît d'un accident primitif, d'un chancre, la première lésion qui naît du contact d'un accident secondaire a une incubation plus longue. — Dans cette première lésion-là, l'ulcération est plus lente à se développer. — L'ulcération y reste plus superficielle. — Elle y disparaît plus vite. — L'induration dont elle s'accompagne a, en général, moins de consistance et moins d'étendue. — Pour la syphilis qui résulte de la contagion d'accidents secondaires, le temps qui s'écoule entre le début de la première lésion et le début des accidents généraux, dits constitutionnels, est ordinairement un peu plus long que pour la syphilis produite par le contact d'accidents primitifs. — Cette syphilis, celle transmise par l'accident secondaire, a une durée et une gravité moindres que celle transmise par accident primitif. — Enfin, cette syphilis (séparée de la congéniale) aurait encore cela de particulier, que ses accidents secondaires ne sont pas contagieux; du moins aucune des observations ni des expériences connues jusqu'ici n'autorise à croire qu'ils le soient.

Preuves historiques de la pluralité des affections dites vénériennes; hygiène et prophylaxie, par M. Chabaliez. (Thèses de Paris, n° 52.)

Les accidents dits secondaires de la syphilis sont-ils contagieux? par M. Moreau. (Revue médicale belge; Gazette médicale, p. 582.)

Observation de syphilis constitutionnelle; inoculation de la matière syphilitique; résultat négatif.

De la contagion syphilitique, par M. A. Fournier. (Thèses de Paris, n° 24.)

Pour écrire cette excellente thèse, M. Fournier n'a pas dépouillé moins de 1,093 cas de chancres soigneusement observés. Les faits qu'il a mis en relief sont les suivants : — La syphilis débute toujours par un accident spécial, le chancre. — La nature d'un accident de contagion est déterminée par la nature de l'accident dont il dérive, c'est-à-dire que le chancre simple des sujets vierges de syphilis se transmet aux sujets vierges de syphilis sous forme de chancre simple. — Le chancre simple se transmet aux sujets syphilitiques sous forme d'un chancre simple. — Le chancre infectant peut dériver d'un chancre infectant. — Le chancre infectant peut dériver d'un chancre à base molle développé sur un sujet syphilitique. — Le chancre infectant peut être produit par la contagion d'un accident de syphilis consécutive. — Ce sont les accidents secondaires à forme suppurative qui sont contagieux, et le produit de leur contagion est un chancre induré.

Passant ensuite à l'étude de quelques questions particulières relatives à la contagion, M. Fournier ajoute qu'il n'existe qu'un rapport de nature entre l'accident de contagion et l'accident dont il dérive, et qu'entre ces accidents, il n'y a pas de rapport d'étendue, de durée, etc.; que le phagédénisme ne saurait être considéré comme une variété particulière du chancre, naissant d'un chancre semblable et se reproduisant dans son espèce. Il prouve en outre que l'incubation est notablement plus longue pour la contagion syphilitique que pour celle du chancre simple ; — Que la contagion ou l'inoculation se produit bien plus facilement pour le chancre simple que pour le chancre induré ; — Que si la contagion du virus syphilitique s'opère plus difficilement que celle du chancre simple, le chancre induré doit se rencontrer moins souvent que le chancre simple ; — Que le chancre dérivant de la contagion d'une lésion secondaire présente quelques caractères particuliers, qui sont la longueur de l'incubation, le début remarquablement indolent et insidieux de la lésion transmise.

Il y a relativement peu de filles publiques syphilitiques, et ce petit nombre produit un très-grand nombre de syphilis, parce que la même malade peut infecter un grand nombre d'individus.

Les moyens préventifs de l'infection syphilitique sont : — 1° L'institution de visites médicales fréquentes qui, imposées aux filles inscrites, serait la mesure la plus efficace qu'il conviendrait d'opposer à la propagation de la syphilis. — 2° La connaissance du caractère contagieux de la syphilis secondaire ouvre une ère nouvelle à la prophylaxie et demande des garanties plus étendues. Il conviendrait en conséquence qu'une surveillance spéciale fût exercée sur les filles reconnues syphilitiques, c'est-à-dire pouvant d'un jour à l'autre transmettre la syphilis. — 3° Le résultat de ces mesures ne se bornerait pas à diminuer le nombre des infections dérivant des prostituées ; il s'étendrait encore sur les autres foyers secondaires de la syphilis, en éteignant, dans les limites du possible, le foyer principal qui les alimente et les perpétue.

Sur cette question, on a eu de plus les travaux suivants, parmi lesquels plusieurs devront encore nous occuper :

— Du chancre produit par l'inoculalion physiologique ou artificielle des accidents secondaires de la syphilis, par M. Langlebert. (Gazette des hôpitaux, p. 338.)

— Syphilis secondaire communiquée à une femme par une autre femme présentant des accidents secondaires, par M. Elliotson. (Med. Times and Gaz.; Gazette médicale, p. 99.)

— Documents pour servir à la solution de quelques questions

controversées sur la syphilis, par M. Waller. (Prajer Vierteljahrschrift, 1859, t. III; Gazette hebdomadaire, p. 333.)

— Questions de syphilographie, par M. Galligo. (Gazette hebdomadaire, p. 485.)

— De l'influence des inoculations multipliées sur la marche des accidents consécutifs de la syphilis constitutionnelle, par M. Robert. (Bulletin de la Société de médecine de Marseille ; Gazette hebdomadaire, p 204.)

— Rapport médico-légal sur un fait de contagion présumé de syphilis congéniale de la part d'un nourrisson à sa nourrice, par M. Piogey. (Union médicale, t. V, p. 86.)

— Syphilis congénitale ; transmission d'un nourrisson à deux nourrices ; trois enfants devenus syphilitiques par l'allaitement, par M. Barillier. (Journal de médecine de Bordeaux, juin.)

Note sur une forme peu connue d'aphonie syphilitique, par M. Diday. (Gazette médicale de Lyon, p. 35.)

Cette forme est assez commune ; elle est caractérisée ainsi qu'il suit :

Entre le troisième et le sixième mois, à partir du début de l'accident primitif qui a marqué le début de l'intoxication syphilitique, le malade, sans s'être exposé aux causes, ni présenter les symptômes du coryza, de l'angine ou de la bronchite, s'aperçoit qu'il ne peut plus faire entendre le même volume de son que d'ordinaire. La voix a perdu de son timbre. Cette altération augmente rapidement. En quelques jours elle est arrivée à ce point, que lorsqu'il veut forcer la voix, il ne parvient à produire qu'un souffle à peine perceptible par l'oreille. — La lesion est grave, sans doute ; mais c'est là toute la lésion. A part l'*altération de la sonorité*, les autres fonctions connexes de l'appareil vocal demeurent intactes. — Cet état, une fois établi, n'a que peu ou point de tendances à se dissiper spontanément. Il se prolongerait, je crois, indéfiniment, sans l'intervention du traitement approprié.

M. Diday admet, à l'état d'hypothèse, que cette aphonie est due à une paralysie portant sur certains muscles du larynx.

Panaris syphilitique, par M. Nélaton. (Gazette des hôpitaux, p. 105.)

Il est important de reconnaître la nature syphilitique d'un panaris, car cette affection durera indéfiniment, à moins qu'on n'institue le traitement spécifique. — Deux observations.

De l'efficacité du traitement arabique dans les syphilis invétérées et

dans plusieurs autres maladies diathésiques rebelles, par M. Benoît. (Montpellier médic., t. V, p. 24.)

M. Benoît a obtenu de bons résultats de ce traitement, qui consiste dans l'usage d'un opiat, de pilules, d'une tisane sudorifique et dans l'observation d'un régime particulier, désigné sous le nom de *diète sèche*. — 1° *Opiat arabique*. — Salsepareille, 180 grammes; squine pulvérisée, 90 grammes; coquilles de noisettes torréfiées, 30 grammes; girofle, 8 grammes; miel, quantité suffisante pour un opiat, dont la dose sera de 10 à 20 grammes matin et soir. — 2° *Pilules arabiques*. — Racine de pyrèthre, séné et agaric pulvérisés, de chaque 60 grammes; mercure coulant pur et deutochlorure de mercure, de chaque 30 grammes; miel, quantité suffisante : pour une masse avec laquelle on fait des pilules, de 20 à 30 centigrammes. On donne habituellement une pilule matin et soir. — 3° *Tisane*. — La tisane est faite avec une décoction de salsepareille et de squine; elle constitue la seule boisson du malade, qui en prend depuis un verre jusqu'à deux litres par jour. — *Diète sèche*. — Le régime sec exige une proscription complète des aliments ordinaires et ne consiste qu'en galettes, noix, amandes sèches et torréfiées, figues et raisins secs. — Les maladies dans lesquelles M. Benoît a appliqué ce traitement sont de deux catégories distinctes : les unes étaient des affections syphilitiques bien caractérisées, les autres étaient étrangères à la syphilis, ou ne s'y rattachaient que par des rapports éloignés.

Efficacité du traitement arabique, par M. Seux. (Montpellier médic., t. IV, p. 281.)

M. Seux, partageant entièrement les idées de M. Benoît sur les bons résultats de la diète sèche dans les maladies syphilitiques, rapporte à l'appui deux observations d'affections de nature douteuse, mais qu'il croit pouvoir qualifier de squirrheuses, qui ont cédé toutes deux à l'emploi de la diète sèche sans mercure.

— Leçons sur le chancre, professées par M. Ricord, publiées par M. A. Fournier. (2e édition. — Paris, A. Delahaye; in-8°, VIII-541 pages.)

— Correspondance syphiliographique, par M. Auzias-Turenne. (Paris, Leclere; in-8°, VII 111 pages.)

— De la syphilis congénitale, par M. Vidal. (Thèses de concours de Paris. — V. Masson; in-8°, 92 pages.)

— De la simultanéité des maladies vénériennes, par M. Basset. (Thèses de Paris, n° 232.)

— Du mercure et de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis, par M. Bizarelli. (Montpellier; in-8°, 127 pages.)

— Maladies syphilitiques du système nerveux, par M. G. Lagneau. (Paris, Labé ; in-8°, 535 pages.)

— Insuffisance de la destruction de l'ulcère primitif infectant comme moyen de prévenir la syphilis constitutionnelle, par M. Diday. (Gazette médicale de Lyon ; Gazette médicale, p. 333.)

— Mémoire sur l'hérédité de la syphilis, par M. Notta. (Archives générales de médecine, mars 1860 ; Gazette hebdomadaire, p. 365.)

— Syphilis congénitale tardive, par M. Diday. (Gazette hebd., p. 120.)

— Tumeur syphilitique des os du crâne et tumeur encéphaloïde de l'intérieur du crâne, par M. Boys de Loury. (Gazette hebdomadaire, p. 632.)

— Affections syphilitiques du système nerveux, par M. Lagneau. (Gazette hebdomaire, p. 635.)

— Affection cérébelleuse développée sous l'influence probable d'une diathèse syphilitique ; amélioration rapide et considérable survenue à la suite d'un traitement approprié, par M. Hillairet. (Gazette des hôpitaux, p. 410.)

— Paralysie syphilitique du nerf moteur externe de l'œil, par M. Beyran. (Union médicale, t. VII, p. 38.)

— Paralysie syphilitique du nerf moteur externe de l'œil, par M. Beyran. (Union médicale, t. VIII, p. 435.)

— De la paralysie syphilitique du nerf moteur externe de l'œil, par M. Luton. (Union médicale, t. VII, p. 597.)

— Sur l'iritis des enfants syphilitiques, par M. Jonathan Hutchinson. (Medical Times and Gazette; Gazette hebdomadaire, p. 620.)

— Syphilis tertiaire chez les enfants. — Deux observations. (Wien. medizin. Wochenschr. ; Union médicale, t. VII, p. 280.)

— Syphilis congénitale ; traitement direct ; guérison, par M. Fouriaux. (Compte rendu des travaux de la Société médicale de Clermont-Ferrand, 1860 ; Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 520.)

— Appel aux médecins au sujet du l'influence que le traitement mercuriel des parents syphilitiques exerce sur leurs enfants, par M. Faye. (Union médicale, t. VII, p. 6.)

— Sur les avantages du traitement antisyphilitique pendant la grossesse, par M. Danet. (Moniteur des sciences médicales, p. 815.)

— Accidents syphilitiques tertiaires ; exostoses nombreuses ; iodure de potassium. (Gazette des hôpitaux, p. 45.)

— Des accidents tertiaires et de leur traitement par l'iodure de potassium, par M. Calvo. (Thèses de Paris, n° 92.)

— De l'ergotine de Bonjean dans le traitement de la syphilis, par M. Anselmier. (Union médicale, t. VIII, p. 349.)

— Du proto-iodure de mercure dans le traitement de la syphilis, par M. Sigmund. (Gazette des hôpitaux, p. 167.)

Du mercure et du traitement de la syphilis, par M. Bizarelli. (Thèses de Montpellier, n° 24.)

— De la syphilis envisagée sous le rapport des mœurs orientales, par M. Poyet. (Thèses de Paris, n° 34.)

— De plusieurs accidents de la blennorrhagie, par M. Tourasse. (Thèses de Paris, n° 40.)

Publications diverses.

— Traité de pathologie externe et de médecine opératoire, par Vidal (de Cassis) ; 5e édition, revue et annotée, par M. Fano. (Paris, J.-B. Baillière; 5 vol. in-8°, 4,072 pages et 761 figures dans le texte.)

— Manuel de médecine opératoire, par M. Malgaigne, 7e édition. (Paris, Germer Baillière ; in-12, VII-820 pages.)

— Conférences de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu pendant l'année 1858-1859, par M. Robert, recueillies par M. Doumic. (Paris, Germer Baillière; in-8°, VIII-542 pages et 4 planches.)

— Documents inédits tirés des archives de l'ancienne Académie de chirurgie, par M. Verneuil. (Gazette hebdomadaire, — p. 387.)

— Observations de chirurgie recueillies à l'hôpital de la Marine de Brest, par M. Rochard. (Union médicale, t. VIII, p. 37.)

— Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat, par M. Laronde. (Union médicale, t. V, p. 212.)

— Compte rendu du service de clinique chirurgicale de M. le baron Larrey, par M. Gaujot. (In-8°, 112 pages.)

— Du diagnostic chirurgical, par M. Valette. (Lyon, Mégret; in-8°, 36 pages.)

— Quelques aperçus sur la chirurgie anglaise, par M. Topinard. (Thèses de Paris, n° 28, et Paris, Coccoz ; in-4°, 134 pages.)

— Maladies des tailleurs de cristal et de verre ; monographie d'une gingivite non décrite; recherches sur une cause non connue de phthisie pulmonaire, par M. Putégnat. (Paris, J.-B. Baillière ; in-8°, 24 pages.)

— Des lésions des ganglions lymphatiques viscéraux, par M. Potain. (Thèses de concours de Paris. — A. Delahaye; in-8°, 85 pages.)

— De l'emphysème traumatique, par M. Dolbeau. (Thèses de Paris pour l'agrégation. — A. Delahaye ; in-8°, 92 pages.)

— Observation de torticolis congénital ancien, guéri par la

section sous-cutanée des deux tendons du sterno-cléïdo-mastoïdien, par M. Girbal. (Bulletin de Thérapeuthique, t. LIX, p. 307.)

— De l'emploi des tissus élastiques dans l'emploi des appareils chirurgicaux, par M. Clipet. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 402.)

— Quelques mots sur les exutoires, par M. Petit. (Gazette des hôpitaux, p. 219.)

— Scrofules, ongle incarné, par M. Huet. (Union médicale, t. VIII, p. 613.)

— Ongle incarné ; traitement par l'excision complète des parties latérales de l'ongle, par M. Alix. (Moniteur des sciences médicales, août 1860 ; Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 235.)

— Traitement de l'ongle incarné par l'excision complète des parties latérales de l'ongle, par M. Alix. (Moniteur des sciences médicales, p. 700.)

— Ongle incarné ; traitement par la poudre d'acétate de plomb, par M. Dechange. (Archives belges de médecine militaire ; Gazette médicale, p. 561.)

— Lettres de l'expédition de Chine. (Gazette médicale, p. 597.)

— Lettres de Mme la marquise de Sévigné. (Gazette médicale, p. 149.)

— La noblesse des médecins de Lyon aux dix-septième et dix-huitième siècles. (Gazette médicale de Lyon, p. 121.)

— Les universités allemandes. (Gazette médicale de Lyon, p. 169.)

— Iconautographie de Jenner, par M. Munaret. (Gazette médicale de Lyon, p. 49.)

— Le vitalisme en Amérique, par M. Lasègue. (Archives générales de médecine, novembre, p. 586.)

ACCOUCHEMENTS.

Des végétations vulvo-anales des femmes enceintes, par M. Ancelet. (Gazette médicale de Lyon, p. 111.)

Quelques observations et des réflexions qui peuvent ainsi se résumer :

La grossesse, même au début, peut amener le développement de végétations dans la région vulvo-anale. — Les végations une fois produites acquerront une rapidité d'évolution, un volume, une gravité, qu'on ne trouve pas dans les lésions analogues qui ne sont pas dues à cette cause. — Cela s'explique par la suractivité physiologique que la gestation imprime à tous les organes du bassin. — Le volume considérable qu'acquièrent ces tumeurs,

les douleurs dont elles sont souvent le siége, leur vascularité, les sécrétions âcres qu'exhale leur surface, expliquent suffisamment la gêne qu'elles déterminent pour la marche, la position assise, la défécation, et si l'on n'y remédiait pas d'abord, pour la parturition. — Leur marche spontanément rétrograde après l'accouchement, les accidents, l'imminence d'avortement que pourrait provoquer l'opération, doivent faire recourir de préférence à un traitement palliatif. — La cautérisation avec les acides est inutile, dangereuse, et doit être sévèrement proscrite. — On se trouve bien de l'application de topiques astringents. Un mélange par parties égales de poudre de sabine, d'alun calciné et de peroxyde de fer nous a donné de bons résultats. — Si ce traitement n'amène pas une guérison complète, il permet, du moins, d'attendre une époque plus favorable pour l'opération.

Nous regrettons que M. Ancelet n'ait pas cité le mémoire que M. Thibierge a publié, dans les Archives générales de médecine (mai 1856), *des végétations qui se développent sur les parties génitales des femmes pendant la grossesse.* — Dans ce travail, M. Thibierge établit, par des témoignages historiques et à l'aide de six observations, que les végétations qui se montrent sur les parties génitales des femmes enceintes ne doivent pas être considérées comme une manifestation syphilitique, qu'elles reconnaissent la grossesse pour unique cause, qu'elles sont d'une curation difficile pendant la grossesse, et qu'après l'accouchement elles disparaissent spontanément, ou cèdent à un traitement local.

De l'hypertrophie de la glande thyroïde des femmes enceintes, par M. Guillot. (Société médicale des hôpitaux de Paris, 22 août; Union médicale, t. VII, p. 555, et Archives générales de médecine, novembre, p. 513.)

Il s'agit de deux cas de goître sporadique développés chez deux femmes non scrofuleuses pendant la durée de la grossesse, en dehors des causes regardées comme nécessaires à la production de cette maladie. Ces deux femmes ont succombé par suite du développement des organes hypertrophiés, ce qui a permis l'étude anatomique de l'une d'elles. — Voici quelle a été la marche des accidents : développement progressif de la glande thyroïde; gêne croissante des mouvements du cou et de la respiration, douleurs s'irradiant depuis le cou jusqu'à la région précordiale et s'accompagnant de névralgies faciales, de palpitations et de vomissements, syncopes précédées de vertiges et suivies d'asthme intermittent; altération du timbre de la voix; aggravation de plus en plus grande de ces divers accidents et mort par suffocation. — On vit, à l'autopsie de l'une des mala-

des, que le corps thyroïde avait acquis à peu près le volume d'un cerveau humain et comprenait les deux nerfs pneumogastriques, les deux carotides et la trachée. Cette masse était divisée en trois lobes, dont deux seulement apparaissaient à l'extérieur, quoique le lobe moyen fût placé entre eux. — Consistance de la tumeur plus ferme que dans l'état normal. Abondance extrême du tissu fibreux, qui forme par toute la tumeur de larges cloisons épaisses et mutiples, mais moins denses que ne l'est le tissu fibreux ordinaire. Les parois de ces loges étaient blanchâtres, nacrées et constituées par un tissu dont le microscope révélait très-nettement la nature fibreuse. La surface des plus petites loges formées par ces enveloppes de tissu fibreux devait être couverte d'épithélium, car on en découvrait les apparences mêlées aux globules contenus dans chaque loge. — Mais les cavités les plus larges ne contenaient plus aucune trace de cellules épithéliales. On n'y rencontrait autre chose qu'une série de granulations transparentes, sphéroïdales, nucléolées ou non, telles que celles qui sont ordinairement renfermées dans les cellules normales du corps thyroïde. — On peut donc considérer cette lésion du corps thyroïde comme une hyperthophie des éléments fibreux et granuleux, qui constituent cet organe. Ces lésions semblent à M. Guillot devoir être rapprochées de la série de modifications qui s'accomplissent en d'autres parties du corps pendant la durée de la gestation. Elles le conduisent à penser que l'activité de la production et des mouvements de la fibrine pendant la grossesse sont des faits incontestables.

— De la stomatite des femmes en couches, par M. de Prince. (The Dental cosmos ; Gazette hebdomadaire, mars, p. 142.)

— Deux observations de contracture idiopathique des extrémités chez des femmes enceintes, par MM. Gauchet et Hérard. (Union médicale, t. VII, p. 309.)

— Vomissements opiniâtres survenant dans trois grossesses successives et cédant chaque fois à l'emploi du calomel, par M. Bagot. (Gazette hebdomadaire, p. 109.)

— Vomissements incoercibles dans les premiers mois de la grossesse, par M. Caradec. (Union médicale, t. VI, p. 4.)

— Potion de Rivière, modifiée par Hufeland pour les vomissements incoercibles des femmes enceintes. (Gaz. des hôpit., p. 394.)

— Vomissements incoercibles de la grossesse, par M. Teissier. (Union médicale, t. VI, p. 72.)

— Vomissements incoercibles pendant la grossesse ; emploi de l'eau d'Alet ; cessation des accidents, par M. Portalier. (Union médicale, t. VI, p. 485.)

— Emploi de l'eau d'Alet dans les vomissements incoercibles, pendant la grossesse ; cessation des accidents, par M. Bax. (Gazette des hôpitaux, p. 271.)

— Vomissements incoercibles pendant la grossesse ; inefficacité de plusieurs moyens ; emploi de l'eau de Condillac ; cessation des accidents, par M. Pétrequin. (Gazette des hôpitaux, p. 159.)

— Vomissements incoercibles pendant la grossesse; emploi des caustiques appliqués sur la région épigastrique; guérison, par M. Ferrand. (Union médicale, t. VI, p. 294.)

— Sur quelques accidents de la grossesse et de l'accouchechement, par M. Radou. (Thèses de Paris, n° 211.)

— De la menstruation en physiologie et dans ses rapports avec la puberté et quelques maladies de cet âge, par M. Gagnard. (Thèses de Paris, n° 185.)

— De l'influence de la grossesse sur l'innervation, par M. Moulinet. (Thèses de Paris, n° 50.)

— Nouvel exemple d'un céphalœmatome des femmes, par M. Mongot. (Compte rendu des travaux de la Société médicale de Chambéry, 1859 ; Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 323.)

— Des signes de la grossesse utérine simple, par M. Casanus. (Thèses de Montpellier, n° 19.)

Sur les vices de conformation du bassin, nous avons :

— Des vices de conformation du bassin, par M. Fénelon. (Thèses de Paris, n° 159.)

— Deformation du bassin par cals difformes et par luxations accidentelles ou spontanées non réduites des os propres de cette cavité ou des os qui l'avoisinent, par M. Lenoir. (Montpellier méd., t. IV, p. 173.)

— Des vices de conformation du bassin et des indications que leur étude fournit à l'accoucheur, par M. Chabrier. (Thèses de de Montpellier, n° 95.)

— Vice de conformation du bassin; procidence du cordon ombilical et sortie complète du bras; mort du fœtus; version podalique, par M. Sorbets (Gazette des hôpitaux, p. 43.)

— Rétrécissement du bassin, par M. Gros. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 354.)

L'accouchement prématuré artificiel au point de vue de la pratique obstétricale et de la décision du Saint-Siége apostolique, par MM. Aurelio Finizio et Bertherand. (Annales médicales de la Flandre occidentale ; Gazette médicale, p. 637.)

Historique de la question. Cette pratique est préférable à l'opération césarienne. L'auteur cite une lettre émanant de la Sacrée-Pénitencerie ; il en résulte que les lois ecclésiastiques n'interdisent pas l'accouchement prématuré.

— OEuf abortif rendu par fausse couche spontanée, par M. Dufour. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 8.)

— Mémoire sur le mécanisme habituel de l'avortement dans les premiers mois de la grossesse, et sur quelques-unes des maladies de l'œuf humain pendant la même époque, par M. Courty. (Montpellier méd., t. V, p. 215.)

— Accouchement prématuré, par M. Bertin. (Société de médecine de Nancy ; Gazette médicale, p. 428.)

— Deux cas d'accouchement prématuré artificiel provoqué par les douches utérines, par M. Hamon. (Montpellier méd., t. IV, p. 175.)

— De l'accouchement artificiel au point de vue des indications, par M. Aude. (Thèses de Paris, n° 19.)

— De l'accouchement prématuré artificiel et des cas qui le réclament, par M. Noël. (Thèses de Paris, n° 143,)

— Accouchement prématuré artificiel. (Société médico-pratique de Paris ; Union médicale, t. V, p. 125.)

— Contribution à l'histoire de l'avortement et des polypes fibrineux de l'utérus, par M. Rokitansky. (Geitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien, 1860, n° 32; Gazette hebdomadaire, p. 652.)

— Grossesse ; — mort du fœtus ; — ascite consécutive ; — avortement ; — guérison, par M. Garajon. (Moniteur des sciences médicales, p. 254.)

— Observation d'accouchement prématuré artificiel, par M. Van Meerstraeten et Mme Van Quaele. (Annuaire et Bulletin de la Société de médecine de Gand ; Gazette médicale, p. 595.)

— Rétroversion utérine pendant la grossesse, par M. Chapplain. (Société de médecine de Marseille ; Gazette médicale, p. 395.)

— Descente et enclavement de l'utérus dans l'excavation du bassin, à deux mois de grossesse, sans déviation de l'organe ; — réduction spontanée ; — accouchement à terme, par M. Mattei. (Gazette des hôpitaux, p. 407.)

— Rétroversion de l'utérus au quatrième mois de la grossesse ; — réduction par le procédé de M. Négrier (d'Angers). (Gazette des hôpitaux, p. 536.)

— Prolapsus complet de la matrice ; — héphestioraphie ; — guérison, par M. Gaillard. (Gazette des hôpitaux, p. 22.)

De l'oblitération complète du col de l'utérus chez la femme enceinte, et de l'opération qu'elle réclame, par M. Depaul. (Académie de médecine, 29 mai ; Paris, in-8°, 47 pages.)

M. Depaul a rencontré trois fois cette anomalie dans sa pratique ; il cite en outre des cas analogues, empruntés à Th. Sim-

son, Lauverjat, Martin aîné, Gauthier et M. Gaffe, et il déduit de ces observations l'histoire détaillée de la question.—L'oblitération du col dont il s'agit est toujours, suivant M. Depaul, le résultat d'une inflammation adhésive développée dans les lèvres du col utérin, et provoquée le plus souvent par une action traumatique (manœuvres des accouchements antérieurs, opérations chirurgicales, cautérisations, etc.). Toutefois cela ne suffit pas, et cette lésion, très-exceptionnelle, suppose l'existence de conditions particulières qui sont jusqu'ici inconnues.—Relativement au diagnostic, M. Depaul distingue deux sortes d'oblitérations : il en est qui portent sur l'orifice interne, et d'autres sur l'orifice externe ; celles-ci sont incomparablement plus nombreuses, eu égard à la fréquence des ulcérations et autres inflammations auxquelles est exposé l'orifice externe.—L'oblitération de l'orifice interne ne peut pas être soupçonnée avant le commencement du travail. Si l'on touche alors, on rencontre, au niveau de cet orifice, une cloison complète sur laquelle on ne distingue aucune trace d'ouverture. On ne réussit pas davantage avec des stylets même très-fins. Le doigt, promené tout autour du col, atteint les adhérences du vagin à l'utérus ; et, si la tête se présente, il sent une tumeur lisse et arrondie. Il faut ensuite explorer directement le col, à l'aide du spéculum ; une fois que le col aura été engagé dans l'extrémité de l'instrument, en poussant un peu fort, de manière à soulever en quelque sorte l'utérus, les lèvres du museau de tanche, déjà entr'ouvertes, s'écarteront davantage, et on s'assurera *de visu* de la soudure complète de l'orifice supérieur.—Dans l'oblitération de l'orifice externe, ce qui frappe de prime abord, c'est la présence, au fond du vagin, d'une tumeur lisse et arrondie, ordinairement assez profondément engagée dans l'excavation pelvienne, et de consistance assez ferme, quand la tête se présente. Cette tumeur peut être remarquable par l'absence de toute saillie, de tout orifice, de toute dépression, pouvant donner l'idée de la portion vaginale du col, ou tout au moins de son orifice. C'est ce qui a lieu lorsque la soudure s'est effectuée régulièrement entre les deux lèvres du museau de tanche. Dans d'autres cas, au contraire, une tumeur hémisphérique, également saillante dans le vagin, présenterait, sur un point de sa surface, quelque saillie ou quelque dépression, dans le voisinage de laquelle on cherchera vainement une ouverture. Il est indispensable de toucher, dans toute son étendue, l'insertion circulaire du vagin, que l'on explorera aussi avec le spéculum. En présence de cette lésion, le chirurgien ne doit intervenir ni trop tôt ni trop tard ; il doit tenir compte du temps écoulé depuis le commencement du travail, de la faiblesse ou de la violence des contractions, de la réaction plus ou moins vive qu'elles provoquent de la part de l'organisme, enfin de l'influence

qu'elles exercent sur la circulation fœtale ; il ne doit pas perdre de vue que l'éclampsie ou la rupture du corps de l'utérus peuvent être la conséquence d'une trop longue temporisation. L'opération consiste à créer une ouverture artificielle au lieu même de l'oblitération ; on le fait à l'aide d'un hystérotome ordinaire, garni de linge jusqu'à 1 centimètre de son extrémité, que l'on conduit sur l'index gauche. L'incision doit être faite transversalement, de manière à diviser les tissus, couche par couche, et dans l'étendue de 8 à 10 millimètres seulement ; on pratique ensuite, de dedans en dehors, trois incisions de 8 à 10 millimètres chacune, une à chaque extrémité du diamètre transversal de l'orifice déjà créé, et une autre en arrière. On agrandit cette ouverture à l'aide du doigt promené circulairement, et on laisse à la nature le soin d'accomplir le reste du travail, sauf à appliquer le forceps, dans le cas où il se prolongerait trop. — L'opération est peu douloureuse, donne à peine issue à quelques gouttes de sang, et les suites ne sont pas graves. L'expérience prouve que l'oblitération n'a pas de tendance à se reproduire.

— Atrésie complète du col utérin au moment de l'accouchement ; — hystérotomie vaginale suivie de succès, par M. Alonso. (Siglo medico, n° 313 ; Union médicale, t. VI, p. 486.)

— Atrésie du col utérin ; — hystérotomie, par M. Gavardon. (Siglo medico, n° 343 ; Union médicale, t. VII, p. 542.)

— De la résistance du col de l'utérus à la dilatation pendant le travail de l'accouchement, par M. Dubois. (Gazette des hôpitaux, p. 157.)

— Sur une disposition anatomique particulière du museau de tanche dans l'état de grossesse ; — déductions pratiques, par M. Joubert. (Gazette des hôpitaux, p. 347.)

— Quelques réflexions à propos de la rigidité proprement dite du col de la matrice dans la parturition, et des moyens d'y remédier, par M. Abeille. (Gazette des hôpitaux, p. 322.)

— Quelques considérations sur la résistance du col de l'utérus à la dilatation pendant le travail de l'accouchement, par M. Tissier. (Thèses de Paris, n° 26.)

— De l'inertie utérine ; — causes et traitement, par M. Rey. (Thèses de Paris, n° 70.)

— De l'inertie de la matrice pendant l'accouchement, par M. Pierart. (Thèses de Paris, n° 83.)

— De la rétraction utérine pendant et après l'accouchement, par M. Despretz. (Thèses de Paris, n° 246.)

— De l'inertie de la matrice et du seigle ergoté, par M. Dubreuilh. (Union médicale de la Gironde ; Gazette hebdomadaire, p. 78.)

Emploi du chloroforme dans les accouchements, par M. Jaucourt. (Académie des sciences, 22 octobre.)

Pour éviter tout accident dans la provocation de l'anesthésie, il faut veiller avec sollicitude à ce qu'il existe une rénovation incessante de l'air contenu dans la poitrine, jusqu'à l'invasion du sommeil. Si jusqu'à ce moment la respiration s'est faite toujours d'une manière égale et continue, elle ne s'interrompra pas de nouveau. — L'anesthésie chez les femmes en couches ne doit pas être poussée ordinairement plus loin que l'abolition de la sensibilité et la résolution des membres supérieurs. Sous l'influence du sommeil qu'on provoque chez elles et avec l'aide d'inhalations bien dirigées, l'accouchement perd sa gravité ordinaire et s'accomplit d'une manière normale, sans danger aucun, sans courir même les risques de voir le travail se suspendre ou se ralentir si l'on prend la précaution d'administrer les vapeurs au moment de la dilatation complète du col ; comme, en outre, les conséquences en sont favorables et diminuent la fréquence des accidents puerpéraux, on peut rassurer l'esprit public sur l'anesthésie et la proposer à toutes les femmes en couches

Position assise pour l'accouchement, par M. Hardey. (Obstetrical Society of London, mars 1861 ; Bulletin de Thérapeutique, LVII, p. 372)

Quoique partisan de cette attitude comme moyen d'accélérer la parturition, M. Hardey ne la recommande ni pour tous les cas, ni pendant toute la durée du travail. Il reconnaît qu'elle est contre-indiquée s'il y a faiblesse extrême ; et il veut aussi, lorsqu'on y a recours, qu'on replace la femme dans le lit, dès que les pariétaux ont franchi le périnée. Pour tirer tout le parti possible de cette situation, on doit lier le devant de deux chaises, puis les écarter de 30 à 40 centimètres, de façon que la femme, assise sur leurs deux bords, présente la vulve dans l'intervalle laissé libre. Elle a ses genoux appuyés contre le bord du lit.

— De l'accouchement naturel lent et du moyen non dangereux de l'abréger, par M. de Bourrousse de Laffore. (Archives de médecine, septembre.)

— Mémoire sur les accouchements avec présentation du sommet, compliqués de la présence d'un ou plusieurs membres, par M. Pernice, traduit par M. Redlich. (Montpellier, in-8., 70 pages ; Marseille, librairie Camoin frères.)

— Succès de la saignée, pendant l'accouchement, dans le cas de faiblesse des contractions due à un état pléthorique, par M. Rouhier. (Union médicale, t. VIII, p. 622.)

— Analyse de cinq cents cas d'accouchement, par M. Collins. (British med. journ. ; Gazette médicale, p. 115.)

— Des cas les plus pratiques en accouchements, dans lesquels la vie de la mère et de l'enfant serait sérieusement ou fatalement compromise sans l'intervention de la médecine, par M. Depeton. (Thèses de Paris, n° 158.)

— Coup d'œil analytique et critique sur des notes obstétricales pratiques, fruit d'une expérience de plus de vingt-cinq ans, par M. Van Teden. (Société médico-pratique de Paris ; Union médicale, t. V, p. 428.)

— De la mort du fœtus avant le travail, par M. Bley. (Thèses de Paris, n° 128.)

— Substitution de parties dans l'accouchement. (Gazette hebdomadaire, p. 121.)

— Diagnostic du sexe du fœtus à l'aide de l'auscultation, par Frankenhauser. (Gazette hebdomadaire, p. 79.)

— Observation d'un accouchement laborieux, par M. Gandyck. (Gazette hebdomadaire, p. 775.)

— Pleurésie aiguë, guérie spontanément par l'accouchement, par don J. Gomez Moya. (Siglo medico, 1859, p. 347 ; Union médicale, t. V, p. 62.)

— Accouchement rapide ; — question de médecine légale. (Société médico-pratique de Paris ; Union médicale, t. V, p. 125.)

— Accouchement. Sur une cause peu connue de lenteur du travail. (Monatschrift für Geburtskunde, 1859 ; Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 180.)

— Influence de l'intoxication saturnine sur le produit de la grossesse, sur l'accouchement et les suites des couches, par M. Mattei. (Gazette des hôpitaux, p. 245.)

— Mort de deux fœtus à quatre mois et demi ; — hémorrhagie utérine abondante ; — montée du lait ; — fièvre ardente ; — accouchement à terme ; — absence de lochies, de fluxion laiteuse et de fièvre, par M. Bosmarin. (Gazette des hôpitaux, p. 287.)

— De la poche des eaux ; — quand le médecin doit-il la rompre ? par M. Choloux. (Thèses de Paris, n° 243.)

— Grossesse et accouchement chez une femme dont les deux seins avaient été enlevés, par M. Robert Lee. (Gazette médicale, p. 87.)

— Mort d'un fœtus à cinq mois et demi ; — accouchement à terme, par M. Clinchamp. (Gazette des hôpitaux, p. 67.)

— Une scène d'accouchement à Wallis (mer du Sud) ; — dystocie ; — application du forceps ; — mort de la mère et de l'enfant ; — opération césarienne consécutive, par M. Briquelot. (Gazette des hôpitaux, p. 287.)

— Quelques considérations sur les accouchements en Orient, par M. Eram. (Paris, imprimerie Thunot, in-8, XIV, 431 pages.)

De la rétention d'urine chez l'enfant pendant la vie fœtale, étudiée surtout comme cause de dystocie, par M. Depaul. (Gazette hebdomadaire, p. 324.)

Des faits et réflexions contenus dans ce travail, je me crois autorisé à tirer les conclusions suivantes : — 1° La sécrétion urinaire s'établit à une époque peu avancée de la vie fœtale. — 2° Quand un vice de conformation ou un obstacle quelconque s'oppose à l'excrétion de l'urine qui ne peut être versée à cette période de la vie que dans la cavité de l'amnios, ce liquide s'accumule dans la vessie qui peut alors acquérir des dimensions tellement considérables, que l'accouchement spontané est impossible, même avec un bassin parfaitement conformé et quoique la grossesse n'ait pas parcouru toutes les périodes. — 3° Les difficultés qui peuvent résulter d'une semblable disposition sont telles qu'on a pu, dans plusieurs cas, arracher la tête et les membres sans surmonter l'obstacle. — 4° Toutes les fois que l'examen anatomique des parties a été rigoureusement fait, il a été facile de constater qu'avec le développement du réservoir urinaire coïncidait l'hypertrophie de ses parois et en particulier de la tunique musculeuse, circonstance qui, jointe à beaucoup d'autres, me permettra de démontrer dans un autre travail que la vessie ne joue pas seulement le rôle de réservoir passif, mais qu'elle fait, pendant la plus grande partie de la grossesse, des efforts souvent renouvelés pour se débarrasser du liquide qu'elle reçoit. — 5° Si l'étude des faits qui précèdent permet d'établir qu'il est à peu près impossible de reconnaître pendant la grossesse un semblable vice de conformation, je ne doute pas qu'on ne puisse arriver aux grandes probabilités, sinon à la certitude, pendant le travail. — 6° Tout en tenant compte des phénomènes insolites observés pendant la grossesse et qui ont une certaine valeur, quoiqu'ils puissent se rattacher à des états pathologiques divers, il est incontestable que la main introduite dans l'utérus peut seule faire reconnaître le véritable état des choses, ou du moins permettre d'apprécier avec certitude qu'une collection de liquides existe dans la cavité abdominale de l'enfant. — 7° La rareté de l'ascite simple portée à ce degré extrême sera déjà une présomption qui conduira à admettre une distension de la vessie, et si l'exploration des organes génitaux permettait de constater certains vices de conformation dont il a été question, je pense qu'on pourrait hardiment se prononcer pour une rétention d'urine. — 8° Dans l'une ou l'autre hypothèse, la conduite à tenir devra être la même. Quand les tractions que permet la prudence seront restées sans résultat, c'est à l'évacuation du liquide qu'il faudra songer. C'est de tous les moyens que l'art peut employer le plus simple dans son application et celui qui, entre des

mains exercées, exposera le moins la santé de la mère. — 9° Puisqu'il est démontré que les altérations des organes urinaires dont il est question ne compromettent pas nécessairement la viabilité des enfants, il est rigoureusement indiqué de pratiquer la ponction avec tous les soins que comporte cette opération quand on la fait intervenir chez l'adulte. L'insertion abdominale du cordon ombilical sera un guide sûr pour le choix du point le plus favorable. — 10° Il n'est pas impossible qu'en procédant ainsi on puisse, après la naissance, par une nouvelle opération, rétablir les voies naturelles nécessaires à l'excrétion de l'urine et conserver à la vie des enfants qui, sans ces précautions, eussent été sacrifiés.

— Du volume de la poitrine et des épaules du fœtus considéré comme cause de dystocie dans les présentations de l'extrémité céphalique, par M. Jacquemier. (Gazette hebdomadaire, p. 644.)

— Hydrocéphalie ; durée excessive du travail ; développement de la fièvre de lait avant l'entière dilatation du col ; application du forceps ; perforation du crâne ; péritonite générale ; mort ; autopsie ; liquide purulent et fausses membranes abondantes dans la cavité péritonéale ; déchirure de la portion sous-vaginale du col utérin. (Union médicale, t. VIII, p. 322.)

— Grossesse de sept mois ; apoplexie ; mort de la mère ; opération césarienne ; enfant vivant, par M. Bonnet. (Union médicale, t. VIII, p. 387.)

Sur la brièveté et la compression du cordon ombilical, par M. Devilliers. (Académie de médecine, 30 octobre.)

Les signes indicateurs de la brièveté du cordon ombilical sont : — 1° Un amoindrissement subit des mouvements du fœtus à une époque plus ou moins rapprochée du terme, dans la brièveté accidentelle ; ou des mouvements peu étendus pendant une grande partie de la grossesse, et surtout vers la fin, principalement, dans la brièveté naturelle ; — 2° Quelquefois des douleurs utérines prématurées ; — 3° L'élévation conservée du fond de l'utérus au moment du travail, et chez les femmes dont le bassin est bien conformé et dont l'enfant se présente d'une manière normale ; — 4° Pendant tout le travail de l'accouchement, une tension, une rigidité des parois de l'utérus, même entre les douleurs et jusqu'à l'expulsion du fœtus ; — 5° Quelquefois une douleur rapportée à un point fixe du fond de l'utérus au moment des contractions ; — 6° La présence du souffle ombilical sur un ou plusieurs points de la surface de l'utérus, surtout après la rupture des membranes, mais dans les cas de brièveté accidentelle seulement ; — 7° Souvent une marche lente du travail

de l'accouchement avec affaiblissement successif des contractions utérines dans les cas de brièveté très-prononcée (sans autre cause apparente); — 8° Des douleurs terminales très-sensibles et comme réprimées dans les dernières périodes du travail; — 9° Des signes de souffrance du fœtus à une époque avancée du travail, surtout les parties fœtales étant profondément engagées dans le bassin; — 10° Une terminaison quelquefois brusque de l'accouchement, et précédée et accompagnée d'une légère hémorrhagie. — Les signes 1, 3, 4, 6 sont les plus caractéristiques. Leur présence doit toujours engager l'accoucheur à se tenir prêt à agir s'il le faut. — Le danger de la brièveté naturelle ne se manifeste que vers les dernières périodes du travail; il est rare. Le danger de la brièveté accidentelle se manifeste plus tôt et provient principalement de la *compression du cordon*. — Au reste, ce dernier accident (qu'il y ait brièveté ou non du cordon ombilical) est pour l'enfant une cause de danger plus fréquente qu'on ne le croit généralement. — Relativement au traitement, M. Devilliers recommande les frictions belladonées sur le col utérin, dans le but de modifier la rénitence des parois de l'utérus et de son orifice; et aussitôt qu'on le peut, de chercher à dégager ou relâcher les anses du cordon, ou, si cela n'est pas praticable, de couper le cordon en froissant l'extrémité fœtale et de terminer le plus vite possible l'accouchement. Il rejette la version comme irrationnelle et dangereuse et préconise le forceps.

Thrombus de la vulve et du vagin, par M. Laborie.
(Académie de médecine, 6 novembre.)

D'après M. Laborie, le thrombus de la vulve ou du vagin survenant après l'accouchement constitue une affection toujours grave, puisqu'elle peut compromettre la vie des malades. — La gravité de cette affection varie suivant le siége occupé par l'épanchement sanguin. — On peut, en se servant des notions anatomiques, diviser l'épanchement en trois catégories. Le thrombus, en effet, peut être périnéal, sus-périnéal, ou vaginal intra-pariétal. — Chacune de ces divisions principales comprend des variétés qui méritent au point de vue pratique une attention spéciale. — Ainsi, les thrombus périnéaux peuvent avoir leur siége en dehors de l'aponévrose superficielle, dans le sac dartoïque, entre l'aponévrose superficielle et la moyenne, entre l'aponévrose moyenne et la profonde. — Les thrombus sus-périnéaux peuvent être situés entre l'aponévrose profonde du périnée et l'aponévrose pelvienne ou au-dessus de cette dernière. — Chacune de ces variétés peut être diagnotisquée, car elle présente des symptômes spéciaux. — L'étiologie du thrombus est obscure; il est impossible, en effet, d'admettre l'influence pré-

disposante d'affections préexistantes, comme, par exemple, cela a été dit pour les varices. Les seules causes prédisposantes doivent être recherchées dans la structure anatomique des parties, dont la richesse vasculaire est des plus remarquables ; il faut tenir compte en plus de l'accroissement marqué de cet appareil circulatoire pendant la grossesse. — L'action contondante du produit qui se fait sentir sur des parties déjà si favorablement prédisposées, constitue la cause efficiente habituelle. — Le diagnostic du thrombus, quand il est périnéal, ne présente aucune difficulté. Les erreurs signalées dans ce genre d'épanchement ne sauraient être justifiées. — Dans les thombus sus-périneaux, le diagnostic est loin de se présenter dans les mêmes conditions de simplicité. Nous nous sommes efforcé de tracer la symptomatologie de cette forme d'épanchement. — Le thrombus vaginal intra-pariétal se reconnaît facilement. — Les thrombus peuvent offrir toutes les terminaisons signalées dans les autres tumeurs sanguines. — On peut résumer l'indication dominant toute la thérapeutique des thrombus en deux mots : il faut inciser ou ne pas inciser. — L'incision, applicable à tous les cas de thrombus, peut cependant être différée sans inconvénient, et quelquefois être évitée dans les différentes variétés de thrombus périnéaux. Elle est constamment urgente dans les thrombus sus-périnéaux en voie de progrès. — L'incision peut, en outre, être impérieusement indiquée lorsque le thrombus, même superficiel, gêne ou entrave complétement les fonctions des organes extra-pelviens.

— Rupture de varices du vagin pendant l'accouchement ; mort. (Gazette des hôpitaux, p. 178.)

— De l'hémorrhagie puerpérale, par M. Chauvineau. (Thèses de Paris, n° 141.)

— De l'influence de la mort du fœtus dans la cessation des hémorrhagies puerpérales dues à l'insertion vicieuse du placenta, par M. Moutet. (Montpellier méd., t. V, p. 114.)

— De l'hémorrhagie puerpérale, par M. Emery. (Thèses de Paris, n° 230.)

— Des ruptures dans le travail de l'accouchement et de leur traitement, par M. Mattei. (Thèses de Paris pour l'agrégation ; in-4°, 96 pages.)

— Des ruptures de la matrice pendant la grossesse et pendant l'accouchement, par M. Eichinger. (Thèses de Strasbourg.)

— Double rupture de l'utérus pendant l'accouchement ; graves accidents consécutifs ; nouvelle grossesse ; accouchement facile et heureux, par M. Putégnat. (Société de chirurgie, séance du 8 août 1860 ; Gazette des hôpitaux, p. 399.)

— Rupture de l'utérus, par M. Cooper. (British med. ; Gazette médicale, 23 février, p. 115.)

— Observation d'une rupture de matrice, avec éventration pendant la grossesse, chez une femme ayant subi précédemment l'opération césarienne, par M. Laborie. (Gazette des hôpitaux, p. 50.)

Sur la version extérieure, par M. Esterle.
(Annali universali de medicina ; Gazette médicale, p. 818.)

Sur 500 cas, il y a eu 22 positions franchement transversales. De celles-ci, 9 se corrigèrent spontanément ; la version extérieure fut faite dix fois, la version par la tête avec des manœuvres intérieures et extérieures combinées deux fois, et une seule fois la version pelvienne interne.

— Quelques considérations sur les indications de la version pelvienne dans la pratique des accouchements, par M. Fort. (Thèses de Montpellier, n° 54.)

— Version céphalique dans un cas de présentation de l'épaule, par M. Smith. (The lancet ; Gazette médicale, 3 mars, p. 128.)

Céphalotripsie répétée ; ses avantages, par M. Pajot.
(France médicale.)

M. Pajot a fait d'importantes modifications au procédé ordinaire de la céphalotripsie. Le quatrième temps, qui consiste à faire l'extraction en opérant des tractions, lui paraît trop dangereux, car des esquilles sortent souvent à travers les parois du crâne et peuvent blesser les parties maternelles. Il le supprime. Le broiement fait, il se contente d'imprimer à la tête un léger mouvement de rotation avec le céphalotribe, puis il désarticule les branches et retire l'instrument, abandonnant le travail à la nature, qui quelquefois achève l'opération, le volume de la tête ayant été considérablement diminué.

S'il n'en est pas ainsi, au bout de deux ou trois heures, il introduit de nouveau l'instrument, broie de nouveau dans un autre sens et retire encore le céphalotribe, après avoir encore imprimé à la tête un nouveau mouvement de rotation, mais sans tirer. En un mot, par la nouvelle méthode, on opère autant de fois le broiement que cela est nécessaire ; et après chaque broiement, on attend. Le nombre des reprises varie suivant le degré du rétrécissement, l'énergie des contractions utérines, etc. Dans un cas, M. Pajot a dû reproduire jusqu'à huit fois cette manœuvre.

La *céphalotripsie répétée* a déjà été appliquée quatre fois par son auteur et toujours avec succès. M. Pajot pense que cette méthode pourra, dans un bon nombre de cas, remplacer l'opération césarienne. Sa limite est la largeur des mors du céphalotribe.

Symphyséotomie, par MM. Foucault et Dairaux.
(Académie de médecine, 18 septembre.)

Observation de symphyséotomie pratiquée pour un cas de rétrécissement du bassin. — Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans, rachitique, primipare, arrivée au terme de sa grossesse ; le travail était commencé depuis quelque temps et marchait régulièrement, lorsque bientôt on reconnut la présentation de l'extrémité pelvienne et une étroitesse notable du bassin ; on amena aisément les extrémités au dehors, mais la tête fut retenue. Après de longues tentatives d'extraction infructueuses par le forceps, la tête étant invinciblement retenue au détroit supérieur, MM. Foucault et Dairaux se trouvèrent en demeure de choisir entre : la décollation de l'enfant, la céphalotripsie, la symphyséotomie. — Ils rejetèrent tout d'abord la décollation comme un moyen barbare, bien qu'elle soit permise, conseillée et indiquée par l'art ; elle fut repoussée en outre dans ce cas, parce qu'elle ne leur parut pas un moyen convenable de débarrasser la patiente, et qu'ensuite il aurait fallu recourir au céphalotribe, instrument dangereux, ou à l'opération césarienne, pour retirer la tête écrasée ou roulant dans la cavité utérine. D'après ces motifs, ils se décidèrent à pratiquer la symphyséotomie, qui permit de retirer l'enfant mort depuis plus d'une heure. Bien que la vessie eût été pincée et perforée dans une étendue de deux centimètres pendant l'opération, par le rapprochement des pubis, cependant la guérison fut assez rapide, et deux mois après l'opération, la malade put reprendre ses occupations.

Histoire de deux opérations césariennes pratiquées avec succès chez la même femme. (Gazette médicale de Lyon, p. 11.)

Rétrécissement considérable du bassin chez une négresse ; travail de l'accouchement ; opération césarienne ; enfant mort ; guérison de la mère. — Deuxième grossesse ; deuxième opération, même résultat ; mort de la mère, plusieurs mois après, d'une maladie étrangère aux suites de l'opération. — La seconde opération fut plutôt une gastrotomie qu'une hystérotomie, la matrice ayant déjà laissé passer dans la cavité abdominale tout l'œuf moins le placenta. — Il est probable qu'il s'était fait une rupture au niveau de la cicatrice ou dans son voisinage.

— Examen critique des résultats cliniques du forceps-scie, par M. Didot (Gazette hebdomadaire, p. 277.)

— Forceps ; manœuvre obstétricale destinée à remplacer son usage dans certains cas donnés, par M. Dupont. (Le Scalpel de Liége et Presse médicale belge ; Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 84.)

— Du choix à faire entre l'emploi du forceps seul et l'emploi simultané du forceps et du seigle ergoté, quand la tête du fœtus est arrêtée au détroit inférieur par la résistance du périnée chez les primipares, par M. Lizé. (Gazette des hôpitaux, p. 109.)

— Opération césarienne pratiquée à sept mois de grossesse chez une femme morte d'apoplexie ; enfant vivant, par M. Bonnet. (Union médicale de la Gironde, septembre 1860 ; Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 471.)

— Nouveau procédé d'embryotomie, par M. Boens. (Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles, septembre 1860 ; Gazette hebdomadaire, p. 683.)

— De l'opération césarienne après la mort, par M. Boucher. (Gazette des hôpitaux, p. 593.)

— Historique des opérations césariennes pratiquées à Lyon, par M. Bouchacourt. (Gazette médicale de Lyon, p. 60.)

— Recherches et considérations sur l'opération césarienne, par M. Bourgeois. (Annales de la Société de médecine d'Anvers ; Gazette médicale, p. 621.)

— Opération césarienne, par M. Andrieu. (Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand ; Gazette médicale, p. 595.)

— De la valeur de l'ouverture de l'orifice interne du col de la matrice comme signe de l'époque de l'accouchement, par M. Hecker. (Union médicale, p. 296, t. V.)

Délivrance.

— Du danger de l'administration de l'ergot de seigle dans le cas de rétention du délivre, par M. Pajot. (Moniteur des sciences médicales, p. 263.)

— Dangers de l'administration intempestive du seigle ergoté dans certains accouchements. — Enclavement de la tête dans un vice de conformation du bassin. — Présentation du bras, par M. Sorbets. (Moniteur des sciences médicales, p. 453.)

— Emploi du seigle ergoté, par M. Duhamel. (Société de médecine pratique ; séance du 2 février 1860 ; Gazette des hôpitaux, p. 184.)

— Sur l'administration du seigle ergoté dans le cas de rétention du délivre, par M. Ollivier. (Gazette des hôpitaux, p. 207.)

— Sur l'innocuité du seigle ergoté, quand il est administré à propos ; sur son efficacité pour accélérer l'accouchement, en cas d'inertie utérine ; et pour sauver la vie du fœtus, quand elle est menacée par l'excès de lenteur du travail de l'enfantement, par M. Chrestien. (Montpellier médical, t. V, p. 70.)

— Inertie utérine après l'accouchement ; — hémorrhagie grave ; — syncopes nombreuses et prolonées ; — excitation de

l'utérus, compression de l'aorte; — guérison, par M. Dumas. (Union médicale, t. VIII, p. 216.)

— Moyens susceptibles d'aider l'extraction souvent très-difficile du placenta dans l'avortement qui survient aux troisième et quatrième mois de la grossesse, par M. Lizé. (Gazette des hôpitaux, p. 466.)

— De la rétention du placenta dans l'utérus après l'accouchement, par M. Daburon. (Thèses de Paris, n° 210.)

Grossesses multiples.

— Des grossesses multiples, par M. Paris. (Thèses de Paris. n° 182.)

— Considérations pratiques sur les grossesses triples, par M. Dunal. (Montpellier médical, t. IV, p. 238.)

— Sur les présentations dans les grossesses gémellaires, et sur les indications à remplir dans les présentations pelviennes, par M. Keny. (American medical Monthly; et Gazette hebdomadaire, p. 12.)

— Note sur les annexes fœtales dans les grossesses gémellaires, par M. Spaeth. (Zeitschrift der Gesellschaft der ærzte zu Wien, n° 157, 1860; Gazette hebdomadaire, p. 555.)

Grossesses extra-utérines.

— Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines anciennes et de leur traitement, par M. Mattei. (Gazette des hôpitaux, p. 438.)

— Grossesse extra-utérine; — gastrotomie; succès complet par M. Schreyer. (Monatschrift für Goburtskunde, t. XIV; Gazette hebdomadaire, p. 29.)

— Du diagnostic des fausses grossesses, par M. Delsol. (Thèses de Paris, n° 108.)

— Grossesse tubaire droite, kyste du volume d'une amande. (Bulletin de la Société anatomique, 1859, p. 318.)

— Grossesse extra-utérine double, par M. Rupin. (Gazette des hôpitaux, p. 63.)

— Cas de grossesse extra-utérine, par M. Dyce. (Union médicale, t. VIII, p. 519.)

— Cas de grossesse extra-utérine, par M. Stutter. (Union médicale, t. VIII, p. 491.)

— Observation de grossesse extra-utérine tubaire, suivie de considérations sur la membrane caduque dans la grossesse extra-utérine, par M. Hélie. (Moniteur des sciences médicales, p. 659.)

— Grossesse extra-utérine, observation et réflexions, par M. Leven. (Bulletin de la Société anatomique, 1860, p. 187.)

Grossesse extra-utérine de dix-huit mois; — mort dix-neuf jours après l'opération, par M. Da Silva Lima. (Union médicale, t. VI, p. 151.)

De la rétroversion utérine dans l'état de grossesse, par M. Elleaume. (Paris, Coccoz. — in-8°, 119 pages.)

Ce travail, très-riche d'observations, contient l'histoire complète de ces déviations.

Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire et des procédés opératoires relatifs à cette extraction, par M. Tarnier. (Thèses de Paris pour l'agrég. — J.-B. Baillière, in-8°, 228 pages.)

De l'éclampsie puerpérale et de son traitement, par M. Liégard. (Annales de la Société médicale de Bruges; Gazette médicale, p. 610.)

L'auteur reconnaît deux éclampsies, la pléthorique et l'anémique; à la première seule, il oppose les émissions sanguines; l'éclampsie anémique est traitée avec avantage surtout par les inhalations de chloroforme. Pour prévenir l'éclampsie, il faut avoir recours aux ferrugineux, aux toniques, etc.

Convulsions puerpérales, par M. Duysberg. (Le Scalpel; Gazette médicale, p. 637.)

Emploi d'un nouveau moyen, le derma tabislikon, ou électro-bio-moucheteur. Ce moyen consiste à faire sur tout le corps de nombreuses mouchetures avec un instrument particulier. Succès, attribué à ce qu'on fait ainsi cesser les douleurs violentes des reins, etc.

— Cas d'éclampsie survenue vingt-cinq jours après l'accouchement, par M. Villard. (Société de médecine pratique, 3 novembre; Gazette des hôpitaux, p. 11.)

— Albuminurie dans le cours de la grossesse, ses accidents en dehors de l'éclampsie, ses causes, son traitement; doit-on provoquer l'accouchement prématuré dans cette maladie, par M. Mattei. (Société de médecine pratique, 5 janvier, Gazette des hôpitaux, p. 135.)

Observation d'éclampsie puerpérale traitée avec succès par les injections sous-cutanées de morphine, par M. Scanzoni. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 193.)

— Eclampsie puerpérale survenue au début de l'accouchement ; — attaques se prolongeant après la délivrance ; — enfant vivant, par M. Sorbets. (Gazette des hôpitaux, p. 535.)

— Eclampsie puerpérale après la délivrance, guérie par la compression des carotides, par M. Labalbary. (Société de médecine pratique, 5 juillet ; Gazette des hôpitaux, p. 415)

— Eclampsie ; accouchement abandonné à la nature.— Manie puerpérale. — Guérison, par M. Bonifas. (Gazette des hôpitaux, p. 446.)

— Eclampsie pendant le travail, application du forceps ; — pneumonie ; — méningite ; — mort, par M. Gyoux. (Gazette des hôpitaux, p. 455.)

— Eclampsie survenue après la délivrance ; — guérison, par M. Gyoux. (Gazette des hôpitaux, p. 254.)

— De l'éclampsie puerpérale, par M. Brière. (Thèses de Paris, n° 162)

— Des convulsions puerpérales ; leurs rapports avec le mal de Bright, et leur traitement par les inhalations de chloroforme, par M. Dussaud. (Thèses de Montpellier, n° 4.)

— Sur un cas très-grave d'éclampsie ayant nécessité l'opération de l'embryotomie, par M. Hamon. (Gazette des hôpitaux, p. 86.)

— Eclampsie guérie par le chloroforme, par M. De Gouvea Ozorio. (Gazeta medica do Porto, n° 5 ; Union médicale, t. VII, p. 474.)

— Convulsions de la première enfance ; carbonate de fer, par M. Lawrence. (Gazette des hôpitaux, p. 246.)

— Convulsions produites par une rétention d'urine chez un enfant nouveau-né, par M. Rousse. (Gazette des hôpitaux, p. 336.)

— Eclampsie des nouveau-nés, traitée par l'emploi du courant voltaïque, par M. Derossi. (Presse médicale belge, juin 1860 ; Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 88.)

Considérations sur la métro-péritonite puerpérale, à l'occasion d'une épidémie observée à l'hôpital Cochin en 1856, par M. Commenge. (Thèses de Paris, n° 1.)

On y trouve quelques faits observés à l'hôpital Cochin. M. Commenge adopte les idées de M. Beau, et il insiste plus particulièrement sur l'influence que les préoccupations morales ont sur le développement de la fièvre puerpérale. Le traitement de M. Beau, par le sulfate de quinine, ne réussit pas toujours, mais il donne de bons résultats dans des cas où tous les autres agents thérapeutiques échouent.

Formation nouvelle d'éléments lymphatiques dans le tissu connectif, par M. Wagner. (Archiv. fuer physiologiscke heilkunde. (Gazette médicale, p. 785.)

Ces éléments s'étaient développés dans le tissu connectif de la plèvre et des poumons dans un cas de fièvre puerpérale (mort au sixième jour) Ce fait viendrait à l'appui de l opinion qui fait dériver les vaisseaux lymphatiques des cellules du tissu connectif et de leurs prolongements.

— Doit-on admettre une fièvre puerpérale? par M. Luys. (Thèses pour l'agrégation de Paris, in-8, 33 pages).

— De la fièvre puerpérale devant l'Académie de médecine et des principes de l'hygiène et de l'organisme appliqués à la solution de cette question, par M. Martinenq. (Paris, J.-B. Bailliere, in-8, 321 pages.)

— Aperçu sur la nature de la fièvre puerpérale, par M. Métivier. (Thèses de Paris, n° 114.)

— De la phlegmatia alba dolens des femmes en couches, par M. Weyl. (Thèses de Strasbourg.)

— De la fièvre puerpérale à l'occasion de quelques faits recueillis à l'Hôtel-Dieu en 1858, par M. Dupuis. (Thèses de Paris, n° 11)

— Quelques réflexions sur l'état puerpéral et sur deux des phlegmasies qui se rattachent à cet etat, la métrite puepérale simple et la métro-péritonite partielle, par M. Caron. (Thèses de Paris, n° 61.)

— Deux cas de péritonite puerpérale, guérie par l'action d'une température élevée, par M. Gaucher. (Société de médecine pratique, 5 janvier; Gazette des hôpitaux, p. 135)

— Fièvre puerpérale à forme maligne.— Emploi des sangsues, des vomitifs, des frictions mercurielles et des toniques. — Guérison, par M Velpeau. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 84.)

— Formule contre la phlébite utérine et les inflammations dites puerpérales, à la suite des accouchements laborieux, par M. Sébastien. (Gazette des hôpitaux, p. 357.)

— De la vaginite puerpérale. (Gazette des hôpitaux, p. 586.)

— Céphalématome sous-péricranien. Réflexions sur l'étiologie de cette affection et sur la cause probable de l'existence d'un bourrelet osseux autour de cette tumeur, par M. Châtelain. (Gazette des hôpitaux, p. 499)

— Respiration artificielle chez les nouveau-nés, par M. Wilson. (Gazette médicale de Lyon, p. 163.)

— Fractures du crâne chez un fœtus, effectuées pendant l'accouchement spontané, sans déformation ni étroitesse du bassin

de la mère, et sans augmentation du diamètre normal de la tête du fœtus, par M. Lizé. (Union médicale, t. V, p. 293.)

— Plaie déchirée chez un fœtus, par M. Lynch. (British med. journal ; Gazette médicale, p. 125.)

— Erysipèle ombilical des nouveau-nés. — Traitement par un mélange pulvérulent d'amidon, de tan et de calomel. (Gazette des hôpitaux, p. 226.)

— Amputation spontanée de la cuisse, par M. Bessa. (Gazeta medica de Lisboa, 1860 ; Union médicale, t. VI, p. 455.)

— Influence de l'électricité sur la sécrétion lactée, par M. de Roseville. (Gazette des hôpitaux, p. 595.)

— Du lait, par M. Reynès. (Thèses de Montpellier, n° 6.)

— Sécrétion lactée pouvant induire en erreur comme signe présomptif de la grossesse. (Journal de médecine pratique ; Gazette des hôpitaux, p. 35.)

— De l'influence du sexe sur les maladies des enfants, par M. Kuttner. (Journal fur Kinderkrankheiten ; Gazette médicale, p. 735.)

— Observations d'emphysème généralisé (pulmonaire, médiastin, sous-cutané), par M. Roger. (Union médicale, t. VIII, p. 49.)

— Du sclérème chez les enfants, par M. Roger. (Union médicale, t. VII, p. 289.)

— Observation de sclérème, par M. Roger. (Société médicale des hôpitaux de Paris, 11 juillet ; Union médicale, t. VII, p. 329.)

— Leçons cliniques faites sur les maladies de l'enfance, par M. Bouchut. (Paris, in-8, 141 pages.)

— Traité pratique des maladies de l'enfance, fondé sur de nombreuses observations cliniques, par M. Barrier. (Paris, Chamerot, 3e édition, 2 vol. in-8, XIX-1460 pages.)

— De l'allaitement, par M. Provost. (Thèses de Paris, n° 167.)

— Hygiène de la première enfance, par M. Genée. (Thèses de Paris, n° 86.)

— Alimentation des enfants en bas âge, sevrage, soins hygiéniques, par M. Jousselin. (Thèses de Paris, n° 142.)

— De la première dentition et des accidents qui accompagnent l'éruption, par M. Prudhomme. (Thèses de Paris, n° 206.)

— Des maladies de croissance, par M. Regnier. (Thèses de Paris, n° 113.)

Moyen d'améliorer par la culture les vertus de quelques plantes médicinales, par M. Champouillon. (Académie des sciences, 27 févr.)

L'auteur a réussi à augmenter la richesse saline, et consé-

quemment l'action diurétique du fraisier et de la fraise, en alimentant la plante avec de l'azotate de potasse. Il a obtenu des résultats analogues en appliquant ses expériences à la culture du raisin blanc, et il a tiré parti de cet accroissement des propriétés thérapeutiques dans le traitement de plusieurs maladies.

— Influence des climats et de la culture sur les propriétés médicales des plantes, par M. Engel. (Thèses pour l'agrégation, Strasbourg.)

— Influence de la culture sur les propriétés médicinales de quelques végétaux. (Gazette des hôpitaux, p. 101.)

— De la concentration du principe actif des végétaux dans leurs semences, par M. Descôtes. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 360.)

— Quelques mots de thérapeutique, par M. Deslandes. (Thèses de Paris, n° 226.)

— Des progrès de la thérapeutique depuis le commencement du siècle, par M. Lachaze. (Bordeaux, in-8, 8 pages.)

— Des médicaments incompatibles au point de vue de l'art de formuler, par M. Saintpierre. (Montpellier, in-8, 31 pages.)

— De l'antagonisme entre les traitements, par M. Falin. (Thèses de Paris, n° 214.)

— De l'influence des fonctions sexuelles de la femme sur la thérapeutique, par M. Brinner. (Thèses de Paris.)

— Remarques pratiques sur la méthode endorganique. — Injections de perchlorure de fer. — Injections iodées. — Injections d'air, par M. Alquié. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 298.)

— Nouveau formulaire magistral, par M. Bouchardat. (10e édition, Paris, in-8, 593 pages.)

— Formules de la pharmacopée anglaise. — Eau de Carrare. (Gazette des hôpitaux, p. 190.)

— Différentes formules. (Gazette médicale de Lyon, p. 38.)

— Guide du médecin dans le choix d'une méthode pour guérir les maladies aiguës et chroniques, comprenant des études cliniques et thérapeutiques sur le cancer, par M. Perrussel. (Paris, J.-B. Baillière, in-12, 484 pages.)

— Formules favorites des praticiens vivants les plus distingués, par M. Green, traduit par M. Noirot. (Paris, V. Masson, in-32, VIII-232 pages.)

— Principes de thérapeutique générale et spéciale, ou Nouveaux éléments de l'art de guérir, par M. Forget. (Paris, J.-B. Baillière, in-8, XVI-667 pages.)

— L'inflammation et la saignée, par M. Forget. (Strasbourg, in-8, 20 pages.)

— Des effets de la saignée, par M. Mavrojeny. (Gazette médicale d'Orient; Gazette médicale, p. 656.)

— Considérations cliniques sur l'emploi médical des agents physiques, par M. Ferran. (Paris, Rozier, in-8, 77 pages.)

— De la prescription des substances médicamenteuses liquides par gouttes, par M. Deschamps. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 458.)

— Des caractères physiques et organoleptiques des médicaments dans leurs rapports avec l'action Thérapeutique, par M. Delioux de Savignac. (Bulletin de thérapeutique, t. LVIII, p. 337.)

— Mémoire sur la ligature extemporanée, par M. Maisonneuve. (Grand in-4, 118 pages; Paris, Labé.)

— Essai sur l'écrasement linéaire et ses indications, par M. Riquard. (Thèses de Montpellier, n° 3.)

— Défense des spécialités médicales contre le rapport de la Faculté de médecine de Paris, par M. Diday. (Paris, Savy, 1859, in-8, 56 pages.)

— Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie, de toxicologie pour 1860, par M. Bouchardat. (Paris, G. Baillière, in-33, XII-308 pages.)

— Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques, pour l'an 1860, par MM. Jamain et Wahu. (Paris, Germer Baillière, in-32, 320 pages.)

Note sur la manne d'Alhagi Maurorum, par M. Soubeiran. (Société de biologie, octobre 1860; Gazette médicale, p. 758.)

C'est un arbrisseau épineux, de la famille des légumineuses, qui laisse exsuder sur ses feuilles et ses branches des gouttelettes à demi liquides, qui se concrètent au contact de l'air. On fait avec ses exsudations des pains de couleur jaune verdâtre, dont l'odeur et la saveur rappellent celles du séné. Purgatif plutôt qu'alimentaire. Ce n'est pas la manne des Hébreux.

— Etude sur l'action thérapeutique des vomitifs, par M. Pasturel. (Thèses de Montpellier, n° 2.)

— Accidents survenant dans l'emploi de l'émétique. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 515.)

— Tartre stibié à haute dose et sulfate de cuivre. (Société médicale du deuxième arrondissement; Union médicale, t. V, p. 90.)

— Des vomitifs; du tartre stibié en particulier, par M. Forget. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 481.)

Emploi médical du saccharate de chaux, par M. Cleland. (Edimb. med. ; Gazette des hôpitaux, p. 55.)

M. Cleland recommande un nouveau remède, le saccharate de chaux (*calcaria saccharata*). Ce serait le meilleur neutralisant des acides, de toute la matière médicale ; il est plus efficace et plus agréable que la magnésie, et se trouve mieux supporté par les organes digestifs que les alcalins ; enfin, il excite plus la digestion que les toniques végétaux. Ce médicament doit être pris immédiatement après le repas, jamais à jeun. La constipation n'est pas à craindre ; des personnes constipées depuis des années purent se priver de purgatifs, à la suite de l'usage du saccharate de chaux. — On l'administre à la dose de 20 à 30 et même 60 gouttes dans un verre d'eau, trois fois par jour. — Le médicament se prépare de la manière suivante : on éteint 240 grammes de chaux vive, que l'on sature avec 150 grammes de sucre de canne, l'on ajoute alors une pinte d'eau et l'on remue le mélange jusqu'à la solution complète de la masse.

— Les cures de petit-lait et de raisin en Allemagne et en Suisse, dans le traitement des maladies chroniques, et en particulier dans les névroses, les troubles fonctionnels des organes digestifs, les pléthores, la phthisie tuberculeuse et les affections chroniques des organes respiratoires, par M. Carrière. (Union médicale, t. VI, p. 241.)

— De la cure du petit-lait, par M. Aran. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 145.)

— De la cure du raisin, par M. Aran. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 289.)

— Innocuité des huiles aromatisées avec l'essence d'amandes amères, par M. Sauvan. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 410.)

— Recherches chimiques sur la racine de kawa ou ava, par M. Gobiey. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 64.)

Sur la scillitine, ses caractères, sa préparation et son emploi en thérapeutique, par M. Maudet. (Académie des sciences, 16 juillet.)

L'auteur annonce être parvenu à isoler deux principes actifs jusque-là confondus : un principe irritant ou vénéneux, qu'il désigne sous le nom de skuléine, et un autre, la scillitine, incapable de produire les accidents qui suivent quelquefois l'administration des préparations scillitiques, et jouissant à un haut degré de propriétés expectorales et diurétiques.

Emploi de la solution alumineuse benzinée par M. Bouchardat. (Répertoire de pharmacie, octobre.)

M. Bouchardat propose de substituer à l'alun en poudre une solution alumineuse benzinée à 1,25 de densité.

— L'emploi en thérapeutique de la pression atmosphérique diminuée, par M. Hermann Brehmer. (Revue d'hydrologie médicale française et étrangère, 20 mai.)

— Note sur les bons effets des ventouses sèches ; — manière de préparer extemporanément, et en tous lieux, les veilleuses employées pour l'application de ces agents hémospasiques, par M. Hamon. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 221.)

— Des propriétés physiques, organoleptiques et chimiques qui peuvent servir à distinguer les sirops medicamenteux les plus généralement employés, par M. Lepage. (Gazette médicale, p. 233.)

— De l'emploi thérapeutique de l'alcool, par M. Rillaud. (Thèses de Paris, n° 221.)

— Essai pratique sur les sirops alcooliques, par M. Mouchon. (Paris, Savy, in-8, 136 pages.)

— Du tabac, par M. Gesquière. (Thèses de Montpellier, n° 99.)

— Sur la préparation et les caractères du sous-nitrate de bismuth, par M. Béchamp. (Montpellier médical, t. IV, p. 355.)

— Papier huilé pour remplacer le taffetas ciré ou l'étoffe de gutta-percha dans les pansements, par M. Mac-Ghie. (Echo médical et Union médicale, février 1860 ; Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 183.)

— Teinture de cévadille, par M. Lafargue. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 123.)

De l'emploi de l'extrait hydro-alcoolique de feuilles d'olivier dans la phthisie pulmonaire, par M. Faucher. (Moniteur des sciences médicales, p. 556.)

L'emploi des préparations d'olivier, comme antipériodique, n'est pas nouveau. Pendant les guerres d'Espagne, nos médecins manquant de quinquina, remplacèrent ce médicament par l'écorce et les feuilles d'olivier et en obtinrent d'excellents résultats ; c'est avec un succès égal que Pallas s'en servit pendant l'expédition de Morée. — Les propriétés fébrifuges de l'olivier avaient été confirmées par d'autres médecins ; toutefois cet antipériodique indigène était complétement tombé dans l'oubli. — M. Faucher a eu l'idée de préparer l'extrait hydroalcoolique de feuilles ; il a été employé par MM. Aran, Adet de Roseville, Gaucher, etc. — Cet extrait hydroalcoolique d'olivier a été utile non-seulement contre les fièvres, mais encore contre les névralgies et les autres affections à caractère intermittent. M. Aran a été le premier à reconnaître tout particulièrement son efficacité dans les cas de fièvres erratiques chez les phthisiques. Dans cette

grave complication il n'a produit aucun des inconvénients du sulfate de quinine ; les fonctions digestives paraissent s'améliorer sous son influence, en même temps que la fièvre disparaît.

Voici les formules que l'auteur propose :

Pilules d'extrait d'olivier.

Extrait hydro-alcoolique de feuilles d'olivier. . . . 4 grammes.
Pour 24 pilules. — Dose, 4 à 6, ou 8 par jour.

Dans certains cas, on associe par pilule 1 centigramme d'aloès des Barbades.

Action thérapeutique du seigle ergoté, par M. Lebel. (Académie des sciences, 2 janvier.)

L'auteur dit qu'il a constaté l'action du seigle ergoté comme antirrhéique et hyposthénisant dans certaines affections de la prostate, du canal de l'urètre et du vagin. Il faut donner le médicament suivant certaines règles que l'auteur a posées, mais que les comptes rendus ne nous font pas connaître.

Alcoolé d'ergot de seigle substitué à la poudre de cette substance, par M. Caylan. (Annales de la Société de médecine de Bruges ; Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 516.)

Mode d'administration de la semence de citrouille. — Ténifuge indigène, par M. Tarneau. (Bulletin de Therapeutique, t. LIX, p. 224.)

Voici la manière dont on doit employer ce médicament suivant M. Tarneau, qui a pu en constater l'efficacité sur lui-même. — La veille, le malade est soumis à la diete la plus sévère et prend un purgatif : huile de ricin, 40 grammes. Le lendemain matin, il s'administre 200 graines (environ 40 grammes) de semences de citrouille, mondées de leurs pellicules et pilées dans un mortier avec suffisante quantité de sucre. On verse sur la pâte qui en résulte la valeur d'une tasse de lait qu'on fait couler lentement, tout en agitant le mélange. On avale le tout. Deux heures après, on prend 40 grammes d'huile de ricin en émulsion et on attend les résultats ; tout cela se passe sans malaise, ni coliques.

Granulation du cousso, par M. Bouchardat. (Bulletin de Therapeutique, t. LIX, 221.)

M. Bouchardat reconnaît à la granulation du cousso certains avantages ; M. Debout propose d'administrer tout simplement,

pour atteindre le même résultat, le cousso pulvérisé, que l'on envelopperait de pain azyme.

De la résine de cousso, par M. Grimault.
(Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 223.)

Cette résine, préparée par M. Grimault, aurait donné de bons résultats dans quelques cas.

— Elixir vermifuge, par M. Monthus. (Gazette des hôpitaux, p. 471.)
— Sirop de santonine, par M. Lafargue. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 124.)

Fer réduit par l'hydrogène, par M. de Luca.
(Académie des sciences, 27 août).

L'auteur fait connaître la manière de préserver de l'oxydation le fer réduit par l'hydrogène. Pour cela, il faut l'introduire dans des ampoules en verre, séchées d'abord, et faire cette opération dans une atmosphère d'hydrogène. L'introduction du fer doit se faire au moyen de mesures en verre, contenant exactement un poids de fer déterminé d'avance. On ferme les ampoules à la lampe.

— Traité pratique sur les applications du perchlorure de fer en médecine, par M. Deleau. (Paris, A. Delahaye, in-8, XI-264 pages.)
— Traité de l'action thérapeutique du perchlorure de fer, par M. Burin du Buisson. (Paris, Rozier, in-8, 396 pages.)
— Théorie de l'action hémoplastique du perchlorure de fer administré à l'intérieur, par M. Burin du Buisson. (Gazette des hôpitaux, p. 333.)
— Des formules modèles pour l'administration du perchlorure de fer; — incompatibilités chimiques, par M. Burin du Buisson. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 408.)
— Note sur l'altération du sirop de sesqui-chlorure de fer, par M. Duroy. (Union médicale, t. VI, p. 49.)
— Iodure double de fer et de quinine; — son emploi thérapeutique, par M. Bosia. (Gazette des hôpitaux, juillet; Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 140.)
— Note sur les différentes espèces de fer métallique employées en médecine, par M. Deschamps. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 163.)

— Pilules d'iodure de fer et de quinine, par M. Augières. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 166.)

— De l'emploi thérapeutique de l'iodure double de fer et de quinine, par M. Violette. (Gazette des hôpitaux, p. 354.)

— Sur la préparation de la solution d'iodure ferreux, par M. Fougera. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 364.)

— De l'emploi thérapeutique des ferrugineux, principalement du crénate-ferro-manganésien de Vittel, par M. Jourdan. (Union médicale, t. VIII, p. 433.)

— Sur les médications composées et sur une nouvelle préparation de l'huile de foie de morue iodo-ferrée, par M. Devergie. (Bulletin général de Thérapeutique, 30 mars.)

— Mémoire sur les pilules de pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène et à l'iodure de fer, par M. Hogg. (Revue médicale ; Gazette médicale, p. 266.)

— Quelques mots sur le pyrophosphate de fer et de soude, par M. Delorme. (Gazette des hôpitaux, p. 359.)

— Note sur une préparation de stéarate de fer, par M. Ricord. Union médicale, t. VI, p. 228.)

— Liqueur à l'arcénite de bromure de potassium, par M. Clémens. (Annales médicales de la Flandre occidentale; Gazette des hôpitaux, p. 443.)

— Etude sur l'emploi thérapeutique de l'arsenic, par M. Isnard. (Union médicale, t. VI, p. 566)

— De l'emploi de l'arséniate de soude contre la scrofule, par M. Bouchut. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 433.)

— Influence des corps gras sur la solubilité de l'acide arsénique; — conséquences thérapeutiques et toxicologiques. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 115.)

— Nouvelle préparation arsenicale pour l'usage interne, par M. Clémens. (Deutsch klinik, 1859, nos 10, 11, 12; Union médicale, t. VIII, p. 352.)

— Exanthème produit par l'iodure de potassium, par M. Mercier. (Union médicale, t. V, p. 285.)

— De l'exanthème produit par l'iode, par M. Fischer. (Union médicale, t. V, p. 200)

— De l'association de l'iode et de ses composés au sirop d'écorces d'oranges, et à tous les sirops qui contiennent du tannin, par M. Boinet. (Union médicale, t. V, p. 439.)

— De l'association de l'iodure de potassium avec le sirop d'écorces d'oranges amères, par M. Richelot. (Union médicale, t. V, p. 392.)

— L'iodure de potassium associé au sirop d'écorces d'oranges amères, par M. Rousseau. (Gazette des hôpitaux, p. 195.)

— Saponé d'iodure de potassium à la glycérine, par M. Thirault. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 122.)

— Huile à l'iodure d'ammonium. (Journal de chimie médicale; Gazette des hôpitaux, p. 452.)

— Sirop de chlorure de sodium, par M. Pietra-Santa. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 306.)

— Moyen d'assurer la bonne conservation de la pommade à l'iodure de potassium, par M. Huench. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 410.)

— Propriétés thérapeutiques du bromure de potassium, par M. Huette. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 322.)

— Note sur la médication lacto-chlorurée dans les affections chroniques de la poitrine, par M. Latour. (Union médicale, t. VI, p. 277.)

— Sel marin ioduré; — alimentation médicamenteuse, par M. Marchant. (Gazette des hôpitaux, p. 267.)

— Remarques sur la pommade à l'iodure de potassium parfumée avec l'essence de citron, par M. Martin. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 406.)

— Un mot sur la désinfection de l'huile de foie de morue. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 218.)

— Huile de foie de morue composée, par M. Fougera. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 365.)

— Huile de foie de morue désinfectée, par MM. Autier et Chevrier. (Union médicale, t. V, p. 210.)

— De l'essence d'amandes amères comme moyen de désinfecter et de parfumer l'huile de foie de morue et l'huile de ricin. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 23)

— La nevrine et son emploi thérapeutique, par M. Mallez. (Société de médecine pratique; séance du 5 avril 1860; Gazette des hôpitaux, p. 275.)

— Modification à l'emploi de l'huile de foie de morue destinée à en rendre l'administration plus facile, par M. Rennes. (Gazette des hôpitaux, p. 316.)

— Quinimétrie, ou nouvelle méthode de dosage de la quinine dans les quinquinas, par MM. Glénard et Guilliermond. (Lyon, Savy, in-8, 17 pages.)

— Extrait alcoolique de quinquina pour remplacer la quinine, par M. Guilliermond. (Gazette médicale de Lyon, p. 86.)

— Application de la méthode du dosage de la quinine de MM. Glénard et Guilliermond aux préparations pharmaceutiques de quinquina, par M. Guilliermond fils. (Gazette médicale, p. 65.)

— Etude sur les quinquinas et sur leurs préparations pharmaceutiques, par M. Bedos. (Montpellier, imprimerie Cristin, in-8, 48 pages.)

— Modification à apporter à la préparation du quinquina, par M. Dannecy. (Union médicale, t. V, p. 150.)

— Quelques mots sur le sulfate de quinine, par M. Cabanellas. (Union médicale, t. V, p. 147.)

— Stéarate de quinine et de soude à la glycérine, par M. Thirault. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 123.)

— Composition et mode de préparation de l'urate de quinine; — formules, par M. Péraire. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 117.)

— Sur la préparation du sirop de quinquina ; — formule très-simple, par M. Dannecy. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 219.)

— Du pouvoir dissolvant d'un certain nombre de sels neutres sur le sulfate de quinine, par M. Calloud. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 306.)

— De l'emploi du sulfate de quinine, par M. Caron. (Société de médecine pratique, 4 octobre ; Gazette des hôpitaux, p. 556.)

De la digitale. — Nouvelles considérations sur l'action et les propriétés thérapeutiques de ce médicament, par M. Germain. (Gazette hebdomadaire, p. 679.)

La conclusion générale de ce travail est ainsi formulée : La digitale, possédant la propriété de ralentir la fréquence des contractions du cœur, doit être employée dans les affections de cet organe, consistant en un rétrécissement de l'un des orifices. On doit l'employer dans ces cas, parce que la fréquence du pouls s'oppose au retour de la circulation à un fonctionnement normal. Mais on doit bien se garder de l'administrer dans d'autres affections accompagnées de palpitations, et cela pour deux motifs : l'un, parce que le soulagement qu'elle pourrait procurer est insignifiant; l'autre, parce que, loin d'agir sur la cause première de la maladie, elle ne peut, la plupart du temps, que l'entretenir en amenant un dérangement des fonctions digestives. Enfin, on doit encore se garder de l'administrer dans les cas d'hydropisie qui n'ont pas pour cause une affection du cœur. La digitale ne

possédc aucune propriété diurétique, et son emploi à ce titre est dangereux, parce qu'elle peut, en devenant une cause de dyspepsie, faire obstacle à une guérison possible ou avancer le terme fatal de la maladie.

Recherches sur l'emploi de la digitale dans le traitement de l'épilepsie. — Considérations sur la nature de cette maladie, par M. Duclos. (Bulletin de Thérapeutique ; t. L, p. 33.)

La digitale, entre les mains de M. Duclos, paraît avoir donné de bons résultats dans le traitement de l'épilepsie. Pour M. Duclos, l'hérédité est la cause principale de l'épilepsie, et cette affection est, en règle générale, une manière d'être de la maladie scrofuleuse.

Digitale à haute dose dans le delirium tremens. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 513.)

Il est prouvé, par une observation, que dans le *delirium tremens* on peut donner, sans inconvénient, la digitale à des doses très-élevées.

— Recherches sur la digitaline et les produits de sa décomposition.— De l'action de l'acide sulfurique sur les glucosides : santonine, gaïaline, résine de scammonée, par M. Kosmann. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 60.)

— Nouvelles considérations pharmacologiques sur la belladone, ses produits et ses préparations, par MM. Loret et Jaure. (Gazette médicale, p 233.)

— Nouvel emploi du sulfate d'atropine, par M. Bergounhioux. (Académie de médecine, août.)

— Effets de la belladone et opium associés. (Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale, octobre, p. 423.)

— De la valeur comparative des aconits, par M. Calloud. (Compte rendu des travaux de la société médicale de Chambéry, années 1854-1858 ; Gazette hebdomadaire, p. 123.)

— Des effets physiologiques et de l'emploi thérapeutique de l'huile essentielle de valériane, par M. Barrallier. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 241.)

Rubéfaction par le bombyx, par M. Champouillon. (Académie des sciences, 3 septembre.)

M. Champouillon présente des considérations sur la rubéfaction

produite par le contact des nids ou bourses soyeuses du *bombyx processionnaire*. Il recherche quel est l'agent immédiat de l'érythème produit non-seulement par le contact, mais même par le voisinage de ces bourses quand elles sont agitées, et répandent dans l'air la matière pulvérulente dont elles sont farcies; il examine les moyens qu'on a conseillés pour calmer cet érythème de la peau, parfois très-douloureux et accompagné de fièvre; il ne croit donc pas qu'un agent sujet à produire d'assez graves accidents puisse, comme l'avait pensé Réaumur, remplacer les vésicatoires ordinaires, ni, comme on l'a proposé récemment, être employé pour rappeler une rougeole et une scarlatine disparues par delitescence.

De la préparation du chlorure de zinc en cylindres, par M. Sommié. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 499.)

La forme cylindrique, pour certains topiques, prend de l'extension. Nous avons les nitrates d'argent blanc et noir, la potasse caustique et le sulfate de cuivre. M. Sommié conseille de préparer des cylindres de chlorure de zinc de la manière suivante : On ramollit de la gutta-percha dans l'alcool bouillant et on l'incorpore dans un mortier de porcelaine chauffé, avec du chlorure de zinc bien divisé. Le mélange se fait à parties égales. On le roule rapidement sur un porphyre, à la manière des pastilles. Le cylindre, étant réduit au diamètre d'une plume, est divisé en plusieurs longueurs, et chaque fragment est effilé à ses extrémités. On les tiendra enfermées dans des flacons à large ouverture, au milieu de la chaux pulvérisée. — Ces flèches se maintiennent rigides, d'une causticité régulière, faciles à manier. Elles fonctionnent comme une éponge qui exsuderait lentement le chlorure de zinc, se liquéfiant au contact de l'air et de la peau. — Pour la pâte de Canquoin, ou chlorure de zinc en plaque, le gluten est préférable à la farine comme excipient; il est plus élastique et moins hygrométrique.

Remarques critiques sur la cautérisation potentielle, par M. Meynier. (Gazette médicale, p. 206.)

Critique vive et spirituelle de la cautérisation potentielle; on peut l'aimer, mais il n'en faut pas mettre partout. M. Meynier reproche, dans plusieurs cas, à ces procédés d'être très-douloureux et de ne pas agir avez assez de rapidité.

— Quelques applications nouvelles de la cautérisation nitrique, par M. Hamon. (Union médicale, t. V, p. 167.)

— Mémoire sur quelques applications nouvelles de la cauté-

risation potentielle (acide nitrique monohydraté), par M. Hamon. (Gazette médicale, p. 140.)

— Cautères. — Cautérisations utérines — Caustique Filhos, par M. Bernard. (Gazette des hôpitaux, p. 243.)

— Cantharides, par M. Leidy. (Archives générales de médecine, juillet, p. 103.)

— Nouveau procédé pour la préparation de la poudre de Vienne, par M. Dannecy. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 63.)

— Sur la préparation de la pommade citrine, par M. Croven. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 220.)

— Nitrate d'argent. — Son emploi dans les maladies des enfants, par M. Hauner. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 233.)

— De quelques emplâtres fréquemment usités en médecine, par M. Masson. (Gazette des hôpitaux, p. 238.)

— Du danger de l'emploi du mastic de fonte dans les espaces clos, par M. Durrvell. (Union médicale, t. VIII, p. 186.)

— Nouvelles remarques sur les saponés médicamenteux, et sur les services qu'ils peuvent rendre à la méthode intraliptique, par M. Deschamps. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 65.)

— Gargarismes créosotés, par M. Green. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 306.)

— Iodo-tannate de plomb, par M. Augiéras. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 167.)

Mémoire sur la glycérine et ses applications à la chirurgie et à la médecine, par M. Demarquay. (Gazette médicale, p. 233.)

— Traité des applications de l'électricité à la thérapeutique médicale et chirurgicale, par M. Becquerel. (Paris, G. Baillière, 2e édition, in-8, VII 550 pages, avec 15 figures dans le texte.)

— Galvanothérapie, ou de l'application du courant galvanique constant au traitement des maladies nerveuses et musculaires par M. Remak, traduit par M. Morpain. (Paris, J.-B. Baillière in-8, 467 pages.)

— Essai sur les lois des effets physiologiques des courants électriques, et les règles qu'il faut en déduire pour les applications thérapeutiques, par M. Guibert. (Thèses de Paris, n° 74.)

— Notice sur quelques appareils nouveaux, destinés à localiser l'électricité, par M. Frémineau. (Paris, Leclere, in 8, 8 pages.)

— De la galvanisation par influence, par M. Seiler. (Paris, J.-B. Baillière, in-8, 159 pages.)

Appareils de pulvérisation des eaux minérales et médicamenteuses, par MM. Sales-Girons, Mathieu et Mathieu (de la Drôme). (Académie de médecine, 1er mai.)

M. Gavarret lit le rapport suivant :

Les deux premiers appareils ont pour but de faire arriver dans les voies respiratoires de l'eau réduite en poussière et chargée de substances médicamenteuses. — Celui de M. Mathieu (de la Drôme) inaugure un nouveau système de balnéation, dans lequel trois ou quatre litres de liquide réduits en poussière remplacent les deux ou trois hectolitres d'eau contenus dans une baignoire ordinaire. Le liquide, enfermé dans une boîte de cuivre, est très-finement divisé par un courant d'air, fourni par une soufflerie fonctionnant sous une pression de 5 à 6 centimètres de mercure. Le baigneur étant assis dans une boîte de bois analogue à celle dont on se sert pour les fumigations, le jet de gaz et de liquide divisé s'échappe par un orifice d'écoulement situé au niveau des genoux, s'élève obliquement en s'étalant et se résout en une pluie d'une excessive ténuité qui arrose de haut en bas le corps du malade. Ajoutons que la tête peut à volonté être tenue en dehors de la boîte ou rester exposée à l'action de la pluie, dont il est facile de régler la température. — Cet appareil a été expérimenté avec succès par M. Hardy, à l'hôpital Saint-Louis. — On a donné des bains à l'amidon, au sulfate de potassium, à l'iodure de potassium, au deutochlorure de mercure, des bains d'eaux minérales naturelles et d'eau de mer. De bons résultats ont été obtenus dans des cas de psoriasis, d'eczéma, de pityriasis versicolor, de prurigo, d'engorgements ganglionnaires, etc.

Description d'un appareil à inhalation pulmonaire, par M. Rancé. (Société de biologie ; Gazette médicale, p. 131.)

L'appareil est composé de deux roues marchant en sens inverse au moyen d'une manivelle et de deux cordes, dont l'une est croisée, et qui enroulent chacune une poulie fixée à l'extrémité de l'axe de chaque roue. C'est le croisement de l'une des cordes qui imprime le mouvement contraire. Ces axes sont creux, et le plus petit s'emboîte et tourne dans le plus grand ; c'est lui qui reçoit l'eau par un tube vertical d'un réservoir placé supérieurement. Ses rayons, au nombre de huit, sont également creux, et lorsque la machine est mise en mouvement, l'eau, pénétrant par cet axe, est lancée par la force centrifuge à travers les rayons et s'échappe avec une vitesse relative à la force motrice, en très-minces filets, par des ouvertures capillaires faites aux extrémités de ces mêmes rayons. Ces filets d'eau sont lancés directement contre des palettes fixées aux exmités de chacun des huit rayons de l'autre roue, et chaque pa-

lette forme un angle de 135 degrés avec le rayon sur lequel elle est établie. Les mêmes palettes relancent en sens contraire l'eau de ces filets, qui viennent se briser contre elle, et de ces deux mouvements, l'un centrifuge, l'autre de répulsion, il résulte en trois minutes une pluie ou plutôt comme une brise marine excessivement fine, qui remplit l'appartement où s'effectue l'expérience.

— Bains à l'hydrofère, par M. Hardy. (Grand in-18, 84 pages et planches ; Paris.)

— Lettre sur la thérapeuthique respiratoire, par M. Sales-Girons. (Union médicale, t. VI, p. 21.)

— Appareil pulvérisateur des liquides médicamenteux dans le traitement des angines diphthériques, par M. Sales-Girons. (Union médicale, t. VI, p. 172.)

— Thérapeutique respiratoire ; pulvérisation des liquides médicamenteux, par M. Sales-Girons. (Gazette des hôpitaux, p. 67.)

Eaux minérales, par M. Tardieu.
(Académie de médecine. 16 octobre.)

Rapport officiel sur le service des établissements thermaux en France pendant l'année 1858. M. Tardieu y apprécie en particulier les bienfaits du nouveau règlement relatif à l'administration des établissements thermaux, l'importance de la Société d'hydrologie de Paris, etc.

Eaux minérales, par M. Henry. (Académie de médecine, 13 novembre.)

Du traitement et de la guérison de l'anévrisme rhumatismal du cœur sous l'influence des eaux minérales de Bagnols, par M. Dufreysse. (Rapport de M. Rambaud.) (Gazette médicale de Lyon, p. 128.)

Ce rapport sérieux fait naître des doutes sur la réalité des cures obtenues par M. Dufreysse. C'est en dix-huit ou vingt jours, au moyen des bains d'eau et de vapeur, que la guérison est acquise. M. Rambaud croit que des améliorations sont survenues chez des malades affaiblis par suite des traitements antérieurs.

Eau sulfureuse artificielle, par M. Robinet.
(Académie de médecine, 22 février.)

M. Robinet a lu un rapport favorable sur une formule proposée par M. Pouillet pour fabriquer une eau sulfureuse au moyen du sulfure de calcium.

Publications diverses sur les eaux minérales.

— Quelques réflexions sur l'utilité de la médication hydro-minérale en toutes saisons, par M. Piglowski. (Gazette des hôpitaux, p. 370)

— Note sur l'emploi du caméléon minéral ou permanganate de potasse, pour reconnaître et doser la matière organique dans les eaux minérales, par M. Hervier. (Société d'hydrologie médicale de Paris, 10 décembre ; Union médicale de Paris, t. VIII, p. 582.)

— Des analyses chimiques et de leur degré d'utilité en hydrologie, par M. James. (Gazette médicale, p. 715.)

— Les eaux minérales considérées comme les auxiliaires du petit-lait, par M. Carrière. (Gazette des hôpitaux, p. 94.)

— Recherches chimiques et médicales sur les matières organiques des eaux sulfureuses (barégines et sulfuraires), par M. Henry fils. (Paris, Germer-Baillière ; in-8°, 54 pages.)

— Note sur les eaux de Vals, par M. Chabanne. (Gazette médicale de Lyon, p. 257.)

— Eaux thermales d'Aix en Savoie, par M. Despine. (Gazette des hôpitaux, p. 276.)

— Excursions aux eaux minérales de l'Ariége et des Pyrénées-Orientales. (Gazette médicale, p. 163.)

— De l'emploi des boues thermo-minérales de Saint-Amand, par M. Bertrand. (Gazette des hôpitaux, p. 234.)

— Des eaux sulfureuses thermales d'Amélie-les-Bains, par M. Cary. (Thèses de Montpellier, n° 13.)

— Des eaux minérales de Condillac, par M. Duval. (Gazette des hôpitaux, p. 12.)

— Vittel et le crénate de fer, par M. Martin. (Gazette des hôpitaux, p. 22.)

— Sur l'eau bitumineuse naturelle de Visos, par M. Combes. (Moniteur des sciences médicales, p. 499.)

— Des eaux minérales de Salins, par M. Germain. (Thèses de Paris, n° 4.)

— Eau minérale de Salazie (île de la Réunion), par M. Chanot. (Thèses de Paris, n° 179.)

— Etudes sur les eaux minérales de Bourbon-l'Archambault, faites pendant l'été 1858, par M. Grellais. (In-8°, 47 pages ; Paris, Rozier.)

— Etudes médicales sur le mont Dore, par M. Richelot. (In-8°, 29 pages.)

— Les Pyrénées et les eaux thermales sulfurées de Bagnères-de-Luchon, par M. Lambron. (Paris, Napoléon Chaix ; grand in-18, 976 pages, 2 cartes.)

— Les eaux de Niederbronn, par M. Kuhn. (Paris, V. Masson ; in-8°, VIII-200 pages.)

— Analyse sulfurométrique des eaux thermales de Cauterets, par M. Réveil. (In-8°, 72 pages et planches ; Paris, Germer-Baillière.)

— Etude biographique et médicale des sources de Vichy, par M. C. Daumas. (Paris ; in-12, 152 pages.)

— De l'action thérapeutique des Eaux-Bonnes dans la phthisie pulmonaire, par M. E. Casenave. (Paris, Labé ; in-8°, 35 pages.)

— Les eaux minérales et les bains de mer de l'Algérie, par M. Bertherand. (Paris ; in-8°, 61 pages.)

— Etude sur les eaux de Saint-Nectaire, par M. Basset. (Paris ; in-8°, 108 pages.)

— Pougues, ses eaux minérales, ses environs, par M. Roubaud. (Paris, librairie nouvelle ; in-12, 315 pages et gravures.)

— Eaux de Saint-Sauveur ; leurs spécialités, par M. Charmasson de Puylaval. (Paris, J.-B. Baillière, in-8°, 133 pages.)

— Etudes cliniques sur les eaux de Plombières, par M. Liétard. (Paris, V. Masson ; in-8°, VIII-106 pages.)

— Présence du cuivre dans l'eau minérale de Balaruc, par M. Béchamp. (Académie des sciences, séance du 6 août ; Gazette hebdomadaire, p. 536.)

— Des indications thérapeutiques des eaux minérales ferrugineuses et en particulier des eaux de Schwalbach dans le traitement des affections utérines, par M. Frickœffer. (Schwalbach, in S. Tebieh, zum chronischen U. und v. catarrhz ; Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 88.)

Sur l'hydrothérapie, on a publié :

— Leçons d'hydrothérapie, par M. Macario. (2e édition ; Paris, Germer-Baillière ; in-12, IV-201 pages.)

— De quelques applications médicales de l'eau froide, par M. Gondoulin. (Thèses de Paris, n° 248.)

— De l'eau considérée au point de vue de l'hygiène, par M. Courtois. (Thèses de Paris, n° 191.)

— De la douche, par M. Duval. (Gazette des hôpitaux, p. 555.)

— Quelques considérations générales sur l'hydrothérapie et sur quelques-uns de ses effets thérapeutiques, par M. Murat. (Thèses de Montpellier, n° 53.)

Influence médicatrice du séjour à Nice, par M. Chatin. — Rapport sur un Mémoire de M. Macario. (Académie de médecine, 9 octobre.)

Le travail de M. Macario est divisé en huit chapitres. Le premier traite de la météorologie, de ses applications aujourd'hui reconnues si importantes à l'hygiène et à l'art de guérir. L'auteur est arrivé à recueillir les observations météorologiques faites pendant plus d'un demi-siècle (depuis 1806 jusqu'à 1859 inclusivement), et c'est sur cette large base que sont fondées ses études sur l'influence médicatrice du séjour de Nice. Il résulte de cette longue observation, qu'à Nice le thermomètre centigrade descend rarement au dessous de 0 degré pendant l'hiver, tandis qu'en été il ne s'y élève presque jamais au-dessus de 28 degrés. La moyenne de la température en automne et au printemps est de 17 à 18 degrés, celle de l'été de 22 à 23 degrés, et celle de l'hiver de 9°,3. — Le rapporteur, passant plus rapidement sur les autres chapitres, se borne à en indiquer sommairement les sujets, qui sont l'étude des saisons et des maladies concomitantes : la topographie, l'orographie et la végétation ; les eaux, l'influence du climat sur l'organisme, etc. Enfin, le dernier chapitre contient des conseils hygiéniques et médicaux, destinés à aider les malades à retirer de leur séjour à Nice tous les bienfaits qu'ils ont le droit d'en espérer.

Glycérolé au chlorate de potasse comme topique désinfectant, par M. Martinet. (Répertoire de pharmacie, octobre.

L'Egypte comme séjour d'hiver, d'Européens malades, par M. Reil. (Gazette hebdomadaire, p. 124.)

Dangers des mariages entre consanguins, par M. Devay. (Gazette hebdomadaire, p. 593.)

M. Devay fait de nouveau ressortir les dangers que ces mariages peuvent offrir ; il insiste particulièrement sur la surdimutité.

Eaux de pluie, par M. Grimaud. (Académie des sciences 3 et 24 septembre.)

L'auteur déclare qu'il est contraire aux principes de l'hygiène de couvrir les réservoirs (puits, citernes, bassins). L'avidité de l'eau pour l'oxygène a bientôt appauvri le peu d'air contenu entre la nappe d'eau et le plafond qui la couvre ; il se forme alors une atmosphère qu'il nomme *putéale*. Cette atmosphère donne lieu au développement de l'odeur spéciale de *renfermé*, qui se mani-

feste dans les lieux clos et où l'air n'est pas suffisamment renouvelé. — Relativement au procédé de clarification de l'eau, M. Grimaud donne la préférence aux filtres hermétiques à pression, composés de sable fin et de graviers ; mais, pour que cette opération soit efficace, il veut qu'elle s'opère, non sur une masse d'eau considérable, mais isolément sur la quantité destinée à chaque maison en particulier. — Quant à la température, la citerne vénitienne réalise les meilleures conditions : creusée à trois mètres au-dessous du sol, elle donne en toute saison une eau toujours fraîche (8 à 9 degrés Réaumur) ; or, à Paris, il n'y a guère de caves dont la température soit plus élevée. Est-il donc bien difficile de concevoir une disposition d'appareil très-simple, applicable à toutes les maisons, au moyen de laquelle l'eau du filtre hermétique ira s'équilibrer avec cette température avant de venir s'écouler, par un orifice branché, dans un endroit quelconque de la cour et de l'allée de la maison?

Dans un second travail, l'auteur s'est proposé de démontrer la possibilité d'établir dans toutes les communes un système de citernes vénitiennes, qu'il serait facile d'entretenir par l'eau du ciel, en utilisant à cet effet la superficie des toits.

Assainissement de Venise et de Londres, par M. Grimaud de Caux. (Académie des sciences, 16 janvier.)

L'auteur, après avoir examiné les conditions dans lesquelles se trouvent ces deux villes, conseille pour Londres le procédé suivant : Il faut conduire les égouts le long du fleuve, sur ses deux rives, jusqu'à l'endroit où le flot de la mer se fait sentir dans sa pureté, jusqu'à l'endroit où l'eau est complétement salée. Il faut favoriser leur écoulement en construisant un barrage en travers de la Tamise, au-dessous de Londres, au point que la marée n'atteint pas. Là, on fera, à droite et à gauche, une prise d'eau dans la rivière, afin de pouvoir, tous les jours, à marée basse, opérer une chasse énergique dans l'égout principal des deux bords. La chasse que j'indique est aussi un résultat de l'expérience ; car ce n'est pas autrement que la capitale de l'Autriche entretient la circulation dans ses égouts, en faisant circuler les eaux de la *Wien.*

Note sur l'application de la chaleur développée par les appareils d'éclairage à la ventilation, par M. Morin. (Académie des sciences, 23 juillet.)

On sait que dans certains lieux clos, destinés à des réunions nombreuses, on a utilisé la chaleur développée par le lustre, pour produire un appel d'air général qui sert à l'évacuation par

les combles d'une partie de l'air échauffé, soit par les autres appareils d'éclairage, soit par la présence des spectateurs. Mais on n'a point encore employé, directement et d'une manière complète, à l'aide d'un ensemble de moyens particuliers, la chaleur résultant de la combustion du gaz d'éclairage à la ventilation des lieux habités et des établissements publics où se trouvent réunis un grand nombre d'individus dont la présence échauffe et vicie l'air. Persuadé que l'on pourrait obtenir par ce moyen des effets de ventilation d'une énergie considérable, M. Morin a cru devoir signaler ce nouveau genre d'application de la chaleur. Les moyens d'exécution qu'il propose se résument d'une manière générale à ceci : disposer les becs d'éclairage de manière que l'air échauffé et les produits de la combustion s'échappent directement dans des tuyaux ou conduits d'appel dont l'action provoquerait la rentrée d'air nouveau, froid ou chaud, selon les saisons, par un système d'appareils particuliers disposés à cet effet.

— Traité d'hygiène thérapeutique, ou application des moyens de l'hygiène au traitement des maladies, par M. Ribes. (Paris, J.-B. Baillière, in-8, 832 pages.)

— Traité pratique d'hygiène industrielle et administrative comprenant l'étude des établissements insalubres, dangereux et incommodes, par M. Vernois. (Paris, J.-B. Baillière, 2 volumes in-8, XCVI-1292 pages.)

— Effets d'une alimentation insuffisante et de mauvaise qualité sur mer, par M. Barreiros. (Escholiaste medico, n° 137, p. 431.)

— Quelques mots sur l'hygiène du camp de Châlons, par M. Majesté. (Thèses de Strasbourg.)

— Des poussières ; leur influence sur la santé, spécialement sur les fonctions respiratoires, par M. Barraud. (Thèses de Paris, n° 202.)

— Considérations sur l'hygiène des diverses professions maritimes à bord des navires, par M. Quermeleus. (Thèses de Paris, n° 20.)

— De quelques mesures prophylactiques à opposer, sur les navires de l'Etat, à l'encombrement, cause essentielle du typhus, par M. Féraud. (Thèses de Montpellier, n° 9.)

— Rapport général des conseils d'hygiène et de salubrité publiques du département de l'Hérault, par M. Dumas. (Montpellier, imp. Ricord, in 8, 456 pages.)

— Quelques considérations générales sur l'éducation naturelle physique des enfants, par M. Verchère. (Thèses de Paris, n° 78.)

— Rapport sur les travaux du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Meuse, par M. Henriot. (Bar-le-Duc, imp. Rolin, in-8, VII-140 pages et 5 tableaux.

Emploi de la poudre de plâtre coaltaré, par M. Jaquemot. (Académie des sciences, 2 avril.)

Bons résultats obtenus. M. Jaquemot préfère la poudre désinfectante au perchlorure et même à l'iode, parce que ces deux substances enlèvent, à chaque application, une couche de chair assez épaisse, que l'on ne peut pas toujours mesurer au juste la profondeur de l'escarre à obtenir, que la plaie se creuse de plus en plus, et qu'ainsi il faut plus tard un temps énorme pour que le vide formé aux dépens des chairs saines se recomble. Au contraire, la poudre désinfectante enlève seulement la pourriture, sans creuser les chairs. Sous cette couche apparaît, après peu de jours, une plaie dont la surface est rose et vermeille, sans symptômes inflammatoires, beaucoup plus belle et plus prompte à cicatriser que la plaie recouverte de charpie imbibée d'iode. A ces avantages, elle joint celui de n'occasionner aucune douleur et aucune crainte aux blessés, qui sont effrayés des souffrances passagères qu'amènent les applications d'iode. — L'atmosphère des salles devient moins pernicieuse, et les malades, plus à l'aise, s'aperçoivent à peine des exhalaisons qui leur seraient si funestes autrement. — Suivent dix observations détaillées.

Perchlorure de fer et plâtre coaltaré, par M. Deleau. (Academie des sciences, 23 avril.

L'auteur défend le perchlorure de fer contre les attaques de M. Jaquemot (voir l'article précédent). Sans prétendre blâmer le plâtre coaltaré, M. Deleau recommande contre la pourriture d'hôpital une pommade composée de :

Axonge..... 30 granmes.
Perchlorure de fer. 8 —

Plâtre coaltaré, par M. Nancias. (Académie des sciences, 7 mai)

Bons effets obtenus à Venise, non comme désinfectant, mais en pansements dans des plaies de mauvais aspect.

Coaltar saponiné, par M. Lemaire. (Académie des sciences, 25 juin.)

M. Lebeuf a reconnu , dès 1850, que toutes les substances insolubles dans l'eau et solubles dans l'alcool forment avec l'eau des émulsions stables, lorsqu'on ajoute de la saponine à leur soluté alcoolique. C'est cette propriété de la saponine qui a été appliquée par cet habile pharmacien au goudron minéral, pour en faciliter l'emploi. Je me suis chargé d'étudier les propriétés de cette nouvelle préparation. — Mon observation me permet

d'établir que la préparation de M. Lebeuf n'est pas seulement du coaltar dont l'emploi est rendu plus facile ; c'est un composé nouveau, qui doit à ses composants de nouvelles proprietés. — Mon travail est divisé en quatre parties, savoir : application à l'hygiène ; — à la thérapeutique ; — à l'histoire naturelle ; — enfin, dans une série d'expériences, j'étudie les effets du coaltar saponiné et de ses composants, comparativement, pour arriver à déterminer et à expliquer son mode d'action.

A propos de cette communication, M. Lebœuf (Académie des sciences, 9 juillet), a envoyé une note dans laquelle il se propose surtout d'appeler l'attention sur ce point, que le *coaltar* étant un produit de composition essentiellement variable, les préparations dans lesquelles on le fait entrer ne peuvent être accueillies avec confiance dans la thérapeutique, puisque les résultats auront toujours quelque chose d'incertain ; tandis que, en employant les dissolutions aqueuses des huiles essentielles fournies par les houilles, ou mieux, des dissolutions des phénates alcalins, qui sont toujours identiques, on obtiendra des résultats constants et invariables.

Emulsion de coaltar, par M. Demeaux.
(Académie des sciences, 17 décembre.)

Ce produit qui, par la facilité de sa préparation, par la modicité de son prix, par la quantité de coaltar qu'il contient, et par sa grande solubilité dans l'eau, me paraît destinée à rendre de grands services, se prépare de la manière suivante :

Coaltar.....	1,000	grammes.
Savon.....	1,000	—
Alcool.....	1,000	—

Chauffez au bain-marie jusqu'à parfaite solution. — On obtient par le refroidissement un véritable savon, très-soluble dans l'eau, et formant, en se dissolvant dans ce liquide, une émulsion stable. Le prix de ce produit est très-modique ; trois kilogrammes coûteraient environ trois francs, et, avec cette quantité, on peut faire environ cent litres d'émulsion. Chaque litre contient 10 grammes de coaltar.

Mort causée par une morsure de vipère, par M. Medici.
(Gazetta medica italiana (Lombardia) ; Gazette médicale, p. 10.)

Immédiatement après la piqûre, frissons, vomissements, obs-

curcissement de la vue, sommeil invincible. Mort quelques heures après. Il n'y a pas eu de traitement local ; le traitement général n'a pu être commencé que six heures après l'accident.

— Etudes sur la vipère cornue (bicorne) du sud de l'Algérie par M. Larrey. (Société de chirurgie, 28 décembre ; Gazette des hôpitaux, p. 11.)

— Enquête sur le serpent de la Martinique, par M. Rufz. (Union médicale, t. V, p. 440.)

Des contre-poisons en général, par M. Fasoli.
(Académie des sciences, 30 juillet.)

M. Fasoli adresse un travail sur l'emploi des contre-poisons en général, et en particulier sur celui du sesquioxyde de fer dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux. L'auteur a fait plusieurs séries d'expériences sur des chiens de petite taille, jeunes et bien portants. Sur dix-neuf chiens empoisonnés avec l'acide arsénieux à doses variables et croissantes, cinq, auxquels il n'a été administré aucun contre-poison, sont morts ; sur les quatorze autres, traités par le sesquioxyde de fer hydraté et l'hydrate de sulfure de fer, douze ont parfaitement guéri et deux seulement sont morts.

— Empoisonnement par l'aron ou pied-de-veau, par M. Cancella. (Union médicale, t. VIII, p. 223.)

— Des poissons vénéneux, à propos de la relation d'un empoisonnement observé par le docteur Gasquet dans la Nouvelle-Calédonie, par M. Roux fils. (Moniteur des sciences médicales, p. 706.)

— Remarques toxicologiques sur la nitro-benzine, par M. Casper. (Vierteljahrsschrift für gerichtliche und œffentliche medecin, t. XVI, p. 1 ; 1859, Gazette hebdomadaire, p. 123.)

— Maladies des ouvriers employés dans les fabriques de glaces. (Gazette hebdomadaire, p. 845.)

— De l'intoxication par l'emploi du nitrate acide de mercure chez les chapeliers, par M. Chevallier. (Thèses de Paris, n° 194.)

— Salivation mercurielle développée à la suite d'une cautérisation du col de l'utérus, par M. Elleaume. (Gazette des hôpitaux, p. 350.)

— Sur les empoisonnements de la strychnine, par MM. Sigmund et Schneider. (Deutsche zeitschrift fur die staatsarzneikunde ; Gazette médicale, p. 173.)

— Tannin, contre-poison de la strychnine, par M. Kursak. (Bulletin de Thérapeutique, t. LIX. p. 271.)

— Les maladies des ouvriers dans les mines de mercure d'Idria, par M. Hermann. (OEsterreich zeitschr für pract. heilk, 1859; Union médicale, t. V, p. 477.)

— Mémoire sur un empoisonnement occasionné par des crèmes glacées; — cause déterminée; — étain ou sel d'étain, par M. James. (Gazette médicale, p. 618.)

— Deux cas d'empoisonnement par les champignons. (Gazette des hôpitaux, p. 526.)

— Empoisonnement par les champignons, par M. Lancereaux. (Société de biologie, séance de septembre 1860; Gazette médicale, p. 675.)

— Accident produit par la calandre du riz, par M. de Brou. (Gazette hebdomadaire, p. 831.)

— Présence de citrate de cuivre dans l'acide citrique du commerce, par M. Dumont. (Journal de médecine de Bruxelles, janvier 1860; Gazette hebdomadaire, mai, p. 318.)

Fabrication des allumettes chimiques, par M. Poggiale. (Académie de médecine, 10 janvier.)

M. Poggiale termine son rapport par les conclusions suivantes : Les vapeurs phosphorées qui se dégagent dans les fabriques d'allumettes chimiques exercent une influence fâcheuse sur la santé des ouvriers et les frappent souvent d'une maladie cruelle connue sous le nom de nécrose phosphorique. — La pâte inflammable qui garnit les allumettes au phosphore blanc, introduite dans l'estomac, donne lieu à des accidents graves. Cette pâte, qui est dans les mains de tout le monde, dont personne n'ignore les propriétés vénéneuses, et qui a déjà déterminé un grand nombre de suicides et d'empoisonnements, est un danger public auquel il importe de remédier. — Les allumettes au phosphore amorphe ou sans phosphore ne contiennent aucune substance toxique, et leur fabrication, sans danger pour les ouvriers, ne présente aucun des inconvénients des allumettes au phosphore blanc. — La commission exprime donc le vœu que, dans la fabrication des allumettes, on substitue au phosphore blanc le phosphore amorphe, ou la pâte inflammable sans phosphore, et que l'autorité prononce la prohibition des allumettes au phosphore blanc. — Si, pour des motifs qu'il ne nous appartient pas de discuter, l'autorité ne croit pas pouvoir interdire la fabrication et l'emploi des allumettes au phosphore blanc, nous demandons

qu'elle impose à tous les fabricants les mesures les plus sévères pour amoindrir les causes d'insalubrité dans les ateliers.

— Maladies des ouvriers employés à la fabrication des allumettes phosphoriques, par MM. Geist de Nürnberg et de Bibra. (Académie de médecine, août, p. 278.)

— De la nécrose phosphorée et de la prohibition des allumettes chimiques, par M. Bouvier. (Paris, J.-B. Baillière et fils, in-8°, 34 pages).

— Tentative d'empoisonnement par les nouvelles allumettes; — insuccès; — nouvelle tentative par les allumettes au phosphore jaune; — mort; — autopsie, par M. Pidoux. (Gazette des hôpitaux, p. 185.)

— Note sur les procédés employés par les chimistes pour constater l'empoisonnement par le phosphore, par M. Filhol. (Moniteur des sciences médicales, p. 126.)

— Observation d'empoisonnement par le phosphore, par M. Schaller. (Gazette hebdomadaire, p. 141.)

— De l'empoisonnement aigu par le phosphore, par M. Brullé. (Thèses de Paris, n° 47.)

— Traitement de la narcotisation très-avancée au moyen de la respiration artificielle, par M. Comegys. (Union médicale, t. VIII, p. 175.)

— Quelques faits de tolérance de l'opium à hautes doses. (Gazette des hôpitaux, p. 578.)

— De l'opium comme antidote du datura, par M. Anderson. (Edinburgh medical journal, juin, t. VIII, p. 189.)

— Empoisonnement par l'atropine, par M. Roux. (Gazette des hôpitaux, p. 254.)

— Nouveau cas d'empoisonnement par l'atropine, traité avec succès par la potion iodée iodurée. (Compte rendu de la Société médicale de Marseille, avril.)

— Accidents particuliers attribués à l'administration de la santonine, par M. Terzi. (Racoglitore medical, décembre et février; Bulletin de Thérapeutique, t. LVIII, p. 519.)

— Accidents toxiques à la suite de l'administration de la santonine, par MM. Dantas, Janvrot et Vieira. (Gazette hebdomadaire, p. 221.)

— Expériences toxicologiques sur le cyclamen et la cyclamine, par M. de Renzi. (Il filiatre-sebezio, janvier 1860; Gazette hebdomadaire, p. 318.)

— Chanvre indien, par M. Fronmuller. (Prager vierteljahrschrift, 1860, p. 1; Archives générales de médecine, juin, p. 745.)

Influence des corps gras sur la solubilité de l'acide arsénieux, par M. Blondlot. (Académie des sciences, 16 janvier.)

Les corps gras possèdent la propriété de mettre obstacle à la solubilité de l'acide arsénieux dans l'eau, soit pure, soit acidulée, soit alcaline. Ce fait explique comment, dans les expertises chimico-légales, on a pu quelquefois chercher vainement l'arsenic dans la portion liquide des aliments qui en renfermaient quand ceux-ci étaient plus ou moins graisseux (bouillon, lait, etc.). En outre, les expériences de M. Blondlot démontrent le parti que l'on peut tirer, dans les empoisonnements par l'acide arsénieux, de l'administration des corps gras, notamment des laits, qui n'ont pas seulement l'avantage d'agir comme émollients, ainsi qu'on le croit généralement, mais qui sont de véritables antidotes capables de retarder considérablement la dissolution, et, par suite, l'absorption de l'acide arsénieux, qui, ainsi que cela arrive souvent, pourrait encore rester à l'état concret.

— Observation d'empoisonnement chronique par le cuivre, par M. Oppolzer. (Deutsche klinik, 1859, n° 17 ; Union médicale, t. VIII, p. 416.)

— Empoisonnements chroniques par l'arsenic et par le cuivre, à la suite d'un séjour prolongé dans des chambres peintes avec le vert de Schéele, par M. Lorinser. (Union médicale, t. VIII, p. 26.)

— Intoxication par les papiers de tenture arsenicaux. (The Lancet, 7 janvier; et Gazette médicale de Lyon, p. 44.)

— Accidents produits par les couleurs arsenicales; nouvelles observations, par MM. Biggs et Blasius. (Deutsche klinik, n° 5, 1860 ; Gazette hebdomadaire, p. 317.)

— Recherches sur les dangers que présentent le vert de Schweinfurth, le vert arsenical, l'arsénite de cuivre, etc., par M. Chevallier. (Gazette médicale, p. 233)

— Sur les dangers que présentent les papiers de tenture colorés à l'aide des verts arsenicaux, par M. Taylor. (Gazette hebdomadaire, p. 186.)

De l'intoxication saturnine par la poussière de verre, par M. Ladreit de Lacharrière. (Archives générales de médecine, mars.)

M. Ladreit de Lacharrière a constaté dernièrement, chez un certain nombre de malades, des accidents d'intoxication saturnine, causés par l'absorption de la poussière de cristal. Les malades de M. Ladreit de Lacharrière émaillaient des crochets en fer destinés à suspendre les fils télégraphiques. Pour cela les

crochets trempés dans une dissolution de gomme sont recouverts, avec un tamis, d'une couche de poudre de verre ; on les fait alors sécher, puis ils sont placés dans des fours dont la température très-élevée fait fondre le verre. Les ouvrières, en agitant leur tamis, travaillent toute la journée dans une atmosphère de poussière très-fine, qui est absorbée par les voies digestives et respiratoires. Cette poudre de verre provient des résidus de cristalleries. Or, le cristal contient 32,5 pour 100 de minium, le flint-glass 43,5 pour 100, le strass 53 pour 100 ; la poudre employée pour émailler les crochets contient donc du plomb en assez grande quantité, et M. Pelouze a prouvé que le cristal en poudre fine, agité dans un liquide légèrement acidulé, est décomposé et laisse en liberté le plomb qu'il contient. L'absorption de cette poussière par les voies digestives et respiratoires réalise parfaitement ces conditions de décomposition, et la cause de l'intoxication saturnine est ainsi démontrée. — Les phénomènes morbides ont dans ces cas un caractère de gravité qu'on ne rencontre pas ordinairement dès le début des affections saturnines. Aux premiers symptômes, malaise général, céphalalgie, douleurs dans les reins, le ventre, l'estomac, liséré bleu des gencives, chute des cheveux, succédaient bientôt le tremblement des mains, la diminution de la sensibilité tactile et les accidents de paralysie. La diminution de la sensibilité et du mouvement a toujours commencé par la main gauche, qui, dans le travail que font ces ouvrières, est toujours couverte de poussière ; ce qui fait croire que l'absorption de l'agent toxique peut se faire aussi à la surface de la peau. La durée du séjour dans la manufacture avant l'apparition des premiers symptômes a varié de trois semaines à un mois. Le traitement a consisté en général en limonade sulfurique, iodure de potassium ; bains sulfureux, purgatifs salins. L'amélioration s'est fait attendre.

Etude sur l'intoxication lente par les préparations de plomb; de son influence sur le produit de la conception, par M. Paul. (Archives générales de médecine, mai.)

Sur 81 observations, recueillies pour le plus grand nombre chez des femmes, quelques-unes seulement chez des hommes, l'auteur a constaté l'influence de l'intoxication sur les enfants (que ce soit le père ou la mère qui ait subi cette intoxication), révélée : par des métrorrhagies chez les femmes qui ont eu une suppression des règles pendant un ou plusieurs mois, avec tous les signes qui font présumer une grossesse ; par des fausses couches de trois à six mois, par des accouchements prématurés, dans lesquels les enfants viennent morts ou mourants ; par une mortalité au-dessus de la moyenne dans les trois premières an-

nées de la vie de l'enfant. — Dans une première série d'observations, toutes relatives à des femmes occupées à polir des caractères d'imprimerie, et qui ont eu toutes des accidents saturnins plus ou moins sérieux, on voit : 4 femmes qui ont eu en tout 15 grossesses, sur lesquelles 10 avortements, 2 accouchements prématurés, 1 mort-né, 1 mort dans les vingt-quatre heures, 1 seul enfant vivant ; plus des métrorrhagies au nombre de trois chez l'une, fréquentes chez une autre. — Dans une deuxième série, 5 femmes ont eu en somme 9 enfants à terme, avant de s'exposer à l'influence du plomb ; aucune d'elles n'a eu jusque-là ni fausse couche, ni d'autres accidents de grossesse. Après que ces 5 femmes se sont exposées à l'action du plomb, il survient 36 nouvelles grossesses, sur lesquelles 26 fausses couches de deux à six mois, 1 accouchement prématuré, 2 morts-nés, et 5 enfants morts, dont 4 morts dans la première année. — Une femme exerçant la même profession que les précédentes (polisseuse) était devenue 5 fois enceinte et avait fait 5 fausses couches. Elle quitte son état ; elle devient de nouveau enceinte après, et elle accouche à terme et heureusement d'un enfant bien portant et qui vit encore. — Une autre série d'observations montre la même alternance dans le succès des grossesses, lorsqu'une femme vient à quitter et à reprendre à plusieurs reprises ses travaux. — M. Constantin Paul a constaté la manifestation de la même influence provenant du père, quand c'est lui qui a manié le plomb. — Cette dernière catégorie renferme 7 observations, comprenant ensemble 32 grossesses survenues pendant que le père était exposé à l'intoxication saturnine. Sur ces 32 grossesses, 12 enfants sont morts avant terme (11 avortements et 1 mort-né). Des 20 enfants venus au monde vivants, 18 sont morts dans la première année, 4 dans la deuxième, 5 dans la troisième, 1 seul au delà de ce terme. — Enfin, une dernière série montre que le fœtus peut mourir sous l'influence probable du poison saturnin, alors que, soit par la minime quantité qui en a été absorbée, soit par le fait d'une immunité particulière de la mère, la dose étant plus ou moins considérable, il ne s'est manifesté chez elle aucun des symptômes ordinaires de l'empoisonnement.

Recherches physico-médicales sur la colique de plomb, par M. Briquet. (Académie de médecine, 3 janvier.)

Il y a dix-huit mois, M. Briquet communiquait à l'Académie les résultats d'un nouveau mode de traitement institué par lui contre la colique de plomb ; c'est la faradisation des muscles de la paroi antérieure de l'abdomen. (Voir l'*Annuaire*, t. II, p. 445.) Ce nouveau Mémoire comprend 100 nouvelles observations ;

l'auteur est arrivé aux mêmes conclusions. Ainsi, chez 47 malades il a suffi d'une faradisation ; chez 26, de deux ; chez 14, de trois ; chez 8, de quatre ; chez 3, de cinq ; chez 2, de six. — Toutes ces faradisations sont faites sur la paroi abdominale antérieure, et quelques-unes ont été étendues sur les lombes ; il n'a été nécessaire de l'étendre aux membres que dans des circonstances fort rares. Toujours les douleurs des membres ont disparu après la faradisation de l'abdomen. — Les malades traités par cette méthode n'éprouvent aucune fatigue ; leur tube digestif est ménagé ; ils n'ont au plus qu'une journée de privation d'aliments ; aussi la disparition de la cachexie saturnine et la réparation des forces sont elles très-rapides. Ces malades sortent de l'hôpital étant en très-bon état depuis plusieurs jours. — D'après les recherches entreprises par M. Briquet, il résulte que l'on n'observe, après ce mode de traitement, qu'une récidive sur huit cas, tandis qu'après le traitement généralement employé il y a une récidive sur deux cas.

Note sur l'état du foie dans la colique saturnine, par M. Potain (Société médicale des hôpitaux de Paris, 11 juillet ; Union médicale, t. VIII, p. 329.)

La colique de plomb s'accompagne habituellement d'une diminution notable dans le volume du foie. Je dois avouer que cette diminution de volume ne m'a pas semblé toujours proportionnée à l'intensité des douleurs abdominales, ni à la gravité des autres symptômes. D'un autre côté, si, dans le plus grand nombre des cas, le foie m'a paru rentrer, après la cessation des coliques, dans ses limites normales, j'ai cependant observé deux malades chez lesquels, longtemps après la disparition de tout symptôme abdominal, le foie demeurait encore fort petit. Je pense donc qu'il faudrait des observations multipliées pour établir exactement les conditions dans lesquelles cette modification spéciale de l'organe hépatique se produit et cesse ou persiste.

— Colique saturnine, traitement dit de la charité modifié par M. Trousseau. (Revue de Thérapeutique ; Gazette des hôpitaux, p. 350.)

— Coliques saturnines survenues chez un ouvrier employé à la fabrication des boîtes de conserves de la marine, par M. Berchon. (Gazette des hôpitaux, p. 586.)

— Des maladies saturnines (molybdorganies), par M. Piorry. (Gazette des hôpitaux, p. 498.)

— Observation d'intoxication saturnine, sans augmentation du volume du foie, par M. Hérard. (Société médicale des hôpitaux de Paris. — Séance du 8 août 1860 ; Union médicale, t. VII, p. 462.)

— De la colique de plomb, par M. Aymé. (Thèses de Paris, n° 96.)

— Essai sur la colique de plomb observée dans une mine d'Algérie, par M. Chauvin. (Thèses de Strasbourg.)

De l'iodisme. (Rapport de M. Trousseau et discussion). (Académie de médecine 22 février et séances suivantes.)

M. Trousseau, au nom de M. Bouchardat et au sien, lit un rappport sur deux mémoires, l'un de M. Boinet, l'autre de M. Rilliet, de Genève, envoyés à l'Académie vers le mois de septembre dernier. — Le mémoire de M. Boinet est relatif à l'alimentation iodée, comme moyen préventif et curatif de toutes les maladies où l'iode et ses préparations sont indiqués. — Celui de M. le docteur Rilliet, intitulé : *De l'iodisme constitutionnel*, a pour but de démontrer que l'iode, donné à de très-petites doses dans le traitement du goître, cause assez souvent des accidents d'une grande gravité. — M. le rapporteur analyse rapidement d'abord le travail de M. Boinet, qui s'écarte peu des notions générales sur l'emploi de l'iode ; il combat diverses propositions qui y sont contenues, et il regrette que l'auteur, qui dit avoir recueilli de nombreuses observations établissant les merveilleux effets préventifs et curatifs de l'iode, n'ait pas cru devoir citer en détail un seul de ces faits. M. Trousseau repousse le mode d'administration proposé par M. Boinet, et qui consiste à mêler intimement l'iode à des aliments et à des boissons préparés à l'avance. MM. les commissaires pensent que l'iode, pris en teinture ou sous forme d'iodure de potassium, au moment même des repas, s'associe aux aliments avec une extrême facilité, et que, par conséquent, mieux vaut le donner ainsi que de le faire prendre dans des biscuits, des pains, des bonbons, des vins, où les doses ne pourraient pas toujours être modifiées suivant la tolérance des malades et suivant l'indication des médecins. — Abordant ensuite le mémoire de M. Rilliet, M. Trousseau expose que l'auteur admet trois degrés d'intoxication par l'iode : le premier, produit par les hautes doses de ce médicament, peut être observé à tous les âges, chez les sujets sains ou malades, dans tous les pays, et il est admis par tous les auteurs. Il consiste surtout en troubles gastriques. — Le second, moins fréquent que le premier, parce que, dit M. Rilliet, il implique la prédisposition organique, s'observe aussi à tous les âges, chez tous les sujets, dans tous les pays, mais il est moins bien connu que le précédent. Produit aussi par l'administration à haute dose de l'iode, il est caractérisé par des troubles nerveux et par des troubles de sécrétion et de nutrition. — Le troisième, encore moins connu que les deux premiers, et qui fait surtout le sujet

du travail de M. Rilliet, produit la maladie que Coindet désignait sous le nom de *saturation iodique;* que d'autres appelaient *cachexie* ou *iodisme,* appellation adoptée par l'auteur, qui y ajoute l'épithète de *constitutionnel* pour bien en indiquer la nature. — Dans l'iodisme constitutionnel, les doses du médicament, les espèces des préparations, ne jouent plus qu'un rôle secondaire ; c'est l'iode en tant que iode, c'est à-dire en tant que substance toxique ayant une action spéciale sur l'économie qui produit un empoisonnement spécial, peu importe la forme sous laquelle on l'emploie. C'est même lorsqu'il est donné à petites doses que l'iode produit plus facilement l'iodisme constitutionnel. L'auteur appuie cette proposition sur un assez bon nombre de faits, desquels il résulte que l'iodure de potassium à la dose de 1 centigramme à 2 milligrammes en pilules ou en solution, à la dose de 2 centigrammes et demi en frictions, a déterminé cette sorte d'empoisonnement. — M. Rilliet cite même les exemples de quelques malades qui ont subi cette intoxication par le seul fait de leur séjour au bord de la mer. — L'iodisme constitutionnel serait caractérisé, d'après l'auteur, par un ensemble de symptômes dont les plus saillants sont un amaigrissement rapide, coïncidant avec un appétit exagéré, et des palpitations nerveuses. Cet amaigrissement est quelquefois effrayant, à ce point que les malades deviennent en peu de temps méconnaissables et prennent l'apparence que donne la tuberculisation aiguë. Cet amaigrissement se manifeste d'abord par l'atrophie du goître, des seins et des testicules, le visage maigrit avant le reste du corps, mais bientôt la maigreur est générale.—A ces phénomènes s'en ajoutent plus tard d'autres qui rappellent ceux de l'hypocondrie et de l'hystérie. — Après avoir indiqué en quelques mots la marche et le pronostic de l'iodisme constitutionnel, tels que les décrit M. Rilliet, et le traitement proposé par cet auteur, M. Trousseau termine son rapport en ces termes : « Bien que nous n'osions nous prononcer sur la réalité de l'iodisme, ainsi que l'entend M. Rilliet, et que nous ayons dû conserver des doutes, que l'Académie partagera probablement, nous n'en devons pas moins reconnaître que ce travail soulève une des questions les plus intéressantes de la pathogénie et de la thérapeutique. »

M. Ricord (6 mars) parle des effets héroïques de l'iodure de potassium dans le traitement des accidents tertiaires de la syphilis. — M. Ricord n'a pas observé les effets toxiques (il aime mieux les appeler tardifs) que signale M. Rilliet. Il ne comprend pas l'idiosyncrasie des Genevois ; il traite souvent des goitreux venant de Genève, sans que l'iodure produise sur eux des effets fâcheux. Il doute de l'iodisme, qu'il ne comprend pas.

M. Bouchardat, qui était chargé en commun avec M. Trousseau de l'examen des mémoires de MM. Boinet et Rilliet, a pris la

parole pour montrer que les travaux contradictoires en apparence de ces deux médecins sont loin de s'annihiler réciproquement, comme M. Gibert paraissait le penser. Pour opérer cette conciliation, M. Bouchardat a jugé à propos d'examiner : 1° l'action de l'iode libre, donné à haute dose ; 2° l'action de l'iode dissimulé par des combinaisons chimiques, donné à dose toxique, et l'action physiologique de l'iode à dose thérapeutique ; 3° la question fondamentale de l'iodisme constitutionnel. — On a exagéré les dangers de l'administration de l'iodure libre ; il n'existe aucun fait avéré d'empoisonnement par ce corps. L'iodure de potassium n'est pas non plus un agent toxique : à haute dose, il n'agit pas comme composé iodique, mais comme composé de potassium. — Thérapeutiquement les iodiques produisent des effets bien connus, mais on est moins d'accord sur l'action de l'iode sur les systèmes adipeux et glandulaire. La contradiction peut s'expliquer par les diverses conditions dans lesquelles se trouvent les malades soumis au traitement iodique. Celui-ci est bienfaisant chez les syphilitiques ; chez ceux auxquels il n'est pas indiqué, ou il ne produit rien, ou il cause l'atrophie glandulaire. Ainsi l'action des iodiques est toute capricieuse. Mais il faut reconnaître que les accidents déterminés par les préparations d'iode données journellement à très-faibles doses sont infiniment rares. — Quand à l'iodisme constitutionnel, sur lequel M. Trousseau n'a pas osé se prononcer, M. Bouchardat ne peut en douter, puisqu'il est attesté par MM. Coindet, Prevost, Lebert et Rilliet. Les choses se passent donc autrement à Genève qu'à Paris. En effet, il ne s'observe que chez les goîtreux ; or, le goître est endémique à Genève et ne l'est pas à Paris. Voilà l'explication de cette apparente contradiction.

M Piorry (13 mars) a été décidé à parler par l'indécision du rapport ; il n'aime pas les tergiversations, et il croit qu'il faut dire franchement son avis quand on en a un. En outre, M. Piorry croit être un de ceux qui ont le plus usé de l'iode, sans toutefois en avoir jamais abusé. — Il a employé l'iode sous toutes les formes : sous la forme d'iodure de potassium, depuis 1,50 jusqu'à 4 grammes dans les vingt-quatre heures ; en frictions iodées et iodurées ; sous forme de vapeurs d'iode ; sous forme de teinture d'iode dans les cavités communiquant avec la surface cutanée ; sous forme de fumigations, en faisant brûler dans une lampe à alcool de la teinture d'iode ; ce dernier mode d'après le conseil de M. le docteur Mallez. — Ce qu'on a dit de la puissance des petites doses n'est pas acceptable. Il est vrai que l'arsenic empoisonne plus facilement à petites qu'à hautes doses ; mais c'est tout simplement parce que dans le premier cas, il est gardé, tandis qu'il est fréquemment vomi dans le second. — D'ailleurs il n'y a pas de raisons pour que les choses se passent

autrement à Genève qu'à Paris. Les Genevois sont nos frères ; ils sont faits comme nous ; ils doivent subir de la même manière l'action des médicaments. — Par conséquent, si les choses ont paru se passer autrement à Genève qu'à Paris, c'est parce que les malades n'ont pas été examinés avec toute l'attention désirable. Aussi l'honorable orateur fait-il appel, en terminant, à une thérapeutique sérieuse, fondée sur l'examen minutieux des malades ; il répudie toute thérapeutique de fantaisie, et conclut en disant que l'iode n'offre jamais de dangers, à la seule condition qu'on n'abuse pas de son emploi.

Relativement à ce qu'on a dit sur les hautes et les petites doses, M. Chatin n'est pas du tout convaincu, ainsi qu'on semble le croire à Paris, que les effets de l'iode soient proportionnels aux quantités administrées, surtout quand il s'agit du traitement du goître. — M. Chatin expose ici qu'il y a de grandes distinctions à établir entre les différentes sortes de goîtres, et il explique par ces distinctions pourquoi tant de médecins professent que l'iode ne guérit pas le goître. Il est d'ailleurs incontestable que la médication indiquée, surtout lorsqu'elle est dirigée contre le goître, peut avoir de graves inconvénients. — M. Chatin a été témoin d'accidents d'intoxication iodique, déterminés chez une dame, à deux reprises, par la médication dirigée contre un goître dont cette dame était affectée. — Au surplus, l'histoire atteste que ces accidents n'ont rien d'imaginaire. Coindet, après les succès qui marquèrent les débuts de sa pratique, vit arriver le jour où il n'osa plus sortir de chez lui, de crainte d'être lapidé par les hommes et par les femmes dont l'iode avait diminué le système glandulaire.—Quant aux accidents par l'ingestion des doses infinitésimales d'iode en suspension dans l'air, peut-être le mémoire de M. Rilliet sera-t-il le point de départ d'observations intéressantes à ce sujet. A Paris, la quantité d'iode atmosphérique est à peu près la même qu'aux bords de la mer, soit 1 cinquième de milligramme qu'on peut absorber par jour ; mais à Paris, les esprits sont mal disposés pour apprécier l'influence des petites doses. Cependant le calomel agit bien plus énergiquement à faibles doses, pour amener la salivation, que quand on le donne à grosses doses : dans ce dernier cas, il ne produit qu'un effet purgatif. L'eau minérale de Challes, une des plus iodurées, et qu'on n'administre que par petits verres, ne contient pas tout à fait 1 centigramme d'iode par litre.

M. Gibert a exposé, d'après son expérience personnelle, les principaux effets thérapeutiques de l'iode et de ses composés, effets qu'il résume dans les propositions suivantes : — 1° L'iode pur et surtout l'iode uni à la quantité d'iodure de potassium nécessaire pour le rendre soluble... tel que l'offre par exemple la *liqueur iodurée de Lugol*, devient facilement toxique ou du moins assez

irritant pour que ses effets doivent être attentivement surveillés. Les premiers accidents qu'il provoque sont des symptômes d'irritation gastro-intestinale. — 2° L'iodure de potassium, presque toujours innocent lorsqu'on ne dépasse pas les doses usuelles de 1 à 2 ou 3 grammes par jour, jouit de propriétés antisyphilitiques incontestables... bien qu'il y en ait beaucoup à rabattre, dit M. Gibert, et de l'éloge enthousiaste qu'en a fait M. Bouchardat, et de l'action préservatrice dont l'a gratifié M. Ricord. — 3° Le mode de traitement de la syphilis le plus sûr est celui qui combine l'iodure de potassium au mercure, comme cela s'opère dans le *sirop de deuto-iodure ioduré*. Quand au proto-iodure de mercure, dont l'usage est devenu général depuis l'impulsion donnée par Biett, il y a trente-six ans..., son insolubilité et son action irritante sur les gencives et sur les entrailles me le font regarder comme un médicament infidèle et peu digne de la popularité qu'il a acquise. — 4° Les préparations mercurielles, et en particulier, d'une part, les frictions mercurielles, si justement recommandées par Astruc, et la solution de sublimé, d'autre part, préconisée par Van Swieten, doivent toujours être mises au premier rang des remèdes antysiphilitiques. — 5° L'action antiscrofuleuse de l'iode a très-certainement été exagérée par M. Lugol. L'administration intérieure du remède n'a réellement de valeur qu'autant qu'elle s'unit aux conditions hygiéniques dont l'influence est toute-puissante sur la diathèse scrofuleuse; mais l'action topique des préparations iodurées, et notamment de la teinture d'iode, trouve une application usuelle dans le traitement des lésions externes qu'engendre cette diathèse. — 6° Dans les scrofules, mais bien plus encore dans la syphilis, les besoins de la pratique réclament impérieusement l'usage de spécifiques divers qu'on puisse faire alterner ou combiner suivant les indications; sous ce rapport, on ne saurait trop se féliciter de l'introduction, dans la thérapeutique, de la médication iodée, notamment de l'application de l'iodure de potassium au traitement de la syphilis constitutionnelle. — 7° Enfin l'iodisme, tel qu'il a été décrit dans le mémoire de M. Rilliet, de Genève, est un genre d'intoxication à peu près inconnu aux praticiens de Paris.

M. Velpeau a résumé en peu de mots ce que son immense expérience lui a appris sur les accidents des diverses médications iodiques. Sur plus de 12,000 à 15.000 malades soumis à cette médication, il n'a jamais observé l'iodisme constitutionnel tel que M. Rilliet l'a décrit; cependant il a vu plus d'accidents que MM. Boinet et Ricord. Il a pu assez souvent confirmer l'exactitude des remarques faites par M. Lugol sur l'action irritante de l'iode sur l'estomac; il a maintes fois entendu les malades se plaindre de douleurs et de pincements d'estomac, s'accompa-

gnant d'une sorte d'exagération maladive de l'appétit. Il a constaté souvent, pendant la médication iodée, la manifestation d'un coryza et d'un ptyalisme spéciaux, et certaines angines ; il a vu quelques malades maigrir assez rapidement, mais jamais il n'a observé l'atrophie des testicules ou des mamelles.

M. Baillarger a enfin présenté quelque remarques de détail. Il a rappelé que la question de l'iodisme est aussi ancienne que l'emploi de l'iode contre le goître ; dès les premiers temps, en effet, des accidents furent produits par le médicament, et ces accidents, exagérés par l'opinion, amenèrent presque aussitôt une réaction. Cependant l'iodisme ne fut pas observé partout, et les médecins de Vienne et de Berlin, entre autres, mirent son existence en doute. Ainsi le docteur Carro traita à Vienne 120 goîtreux, sans observer une seule fois les symptômes fâcheux signalés en Suisse. — D'après M. Trousseau, M. Rilliet explique la différence des résultats par la différence des conditions locales. A Genève, l'iode manque dans l'air et dans les eaux ; à Vienne, au contraire, il n'en serait pas ainsi. Or, il y a, à ce sujet, à faire une rectification importante. M. Chatin n'a pas plus trouvé l'iode dans les eaux de Vienne que dans celles de Genève ; les conditions sont donc les mêmes, et l'explication de M. Rilliet ne saurait être admise. — Au reste, la véritable question est dans la proportion des accidents sur un nombre déterminé de malades. C'est ce qu'a fait, pour un petit nombre de malades, un médecin du canton de Vaud, M. Daupp, à l'époque où les accidents indiqués faisaient tant de bruit. M. Daupp a traité 30 goîtreux, et il n'a observé d'accidents que sur un seul. Si telle était la proportion, l'iodisme pourrait très-bien s'expliquer par une idiosyncrasie spéciale. — Parmi les faits cités par M. Rilliet, il en est qui méritent plus particulièrement de fixer l'attention ; ce sont les cas d'iodisme produit par l'emploi de l'iodure de potassium mêlé au sel commun dans la proportion d'un dix-millième. Depuis 6 ou 8 ans, en effet, on semble se rallier à l'idée que l'introduction des sels iodurés dans les aliments serait un très-bon moyen de prévenir le goître et le crétinisme. Des essais ont été autorisés en Piémont, et on conçoit combien les faits publiés par M. Rilliet pourraient jeter d'inquiétude dans les populations.— M. Baillarger termine en ajoutant quelques mots sur le traitement du crétinisme par l'emploi des sels iodurés. Ces sels, qui guérissent si bien le goître, sont sans efficacité contre le crétinisme. C'est ce qui résulte d'une tentative qui a eu lieu à l'hôpital d'Aoste, tentative faite avec un soin extrême. On a choisi 12 enfants âgés de 2 à 6 ans, et on les a soumis pendant plusieurs années à l'usage des préparations iodurées, et surtout du sirop de proto-iodure de fer ; la santé générale a été très-heureusement modifiée, mais il n'y a eu aucune amélioration du côté de l'intelligence.

Paris et Genève au point de vue du goître, par M. Herpin. (Union médicale, t. V, p. 561.)

M. Herpin rapporte sept observations, qui lui paraissent établir les faits suivants : Les Parisiens qui vont se fixer à Genève y prennent assez souvent le goître ; mais ils en sont libérés quelques années après leur retour dans leur ville natale ; les Genevois atteints de goître, même depuis un temps fort long, éprouvent le même avantage d'un séjour prolongé à Paris. — Le goître, rare à Paris, est commun à Genève. — A Paris, l'iode abonde (relativement) dans les eaux, dans l'air, dans les aliments. A Genève, il existe à peine dans ces mêmes milieux. — L'iode est le remède spécifique contre le goître. — A Paris, les intoxications par l'iode sont rares; elles sont assez fréquentes à Genève. Il suffit, je ne dis pas d'avoir pratiqué, mais seulement d'avoir vécu pendant quelques années à Genève, pour avoir connu plusieurs cas de cette intoxication.

On trouve encore sur l'*iodisme :*

— Mémoire sur l'iodisme constitutionnel, par M. Rilliet. (Gazette hebdomadaire, p. 231.)

— Complément du mémoire sur l'iodisme constitutionnel, par M. Rilliet. (Gazette médicale, p. 313.)

— Intoxication iodique produite par l'usage de très-petites quantités d'iodure de potassium, administré en pilules ou en solution (à la dose de 1 centigramme à 2 milligrammes), ou en frictions à la dose de 2 centigrammes et demi par jour, pendant quelques jours, quelques semaines ou quelques mois, pour combattre des goîtres plus ou moins volumineux, par MM. Maunoir et Bizot. (Gazette hebdomadaire, avril, p. 255.)

— Intoxication iodique produite par l'usage longtemps continué du sel de cuisine additionné d'un dix-millième d'hydriodate de potasse. (Gazette hebdomaire, p. 258)

— Intoxication iodique produite par le séjour au bord de la mer. (Gazette hebdomadaire, p. 260)

— Intoxication produite par l'éponge torréfiée ou par ses préparations. (Gazette hebdomadaire, p. 263.)

— Intoxication produite par des eaux minérales contenant des sels iodiques en dissolution. (Gazette hebdomadaire, p. 261.)

— Action des iodiques administrés à dose thérapeutique. (Académie de médecine, février.)

— Action de l'iode donné à grande dose ; empoisonnement iodique aigu. (Académie de médecine, février.)

— De l'iodisme constitutionnel. (Gazette médicale de Lyon, p. 121.)

— De l'alimentation iodée, comme moyen préventif et curatif dans toutes les maladies où l'iode est employé à l'intérieur comme médicament, par M. Boinet. (Gazette médicale, p. 226.)

— L'iode et l'iodure, par M. Trousseau. (Gazette médicale, p. 199.)

— Délire aigu survenu chez un jeune homme, à la suite d'une médication iodique. — Iodisme présumé. (Gazette des hôpitaux, p. 341.)

— Iodisme produit par l'usage de l'huile de foie de morue, par M. Hiffelsheim. (Gazette des hôpitaux, p. 202.)

— Observations d'iodisme, par M. Chevrier. (Gazette hebdomadaire, p. 224.)

— L'iodisme, par M. Barthez. (Union médicale, t. VI, p. 154.)

— Un cas d'iodisme, par M. Bernard. (Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 14 mars; Union médicale, t. VI, p. 190.)

— Fièvre iodique déterminée par une injection de teinture diode dans la tunique vaginale, par M. Fonssagrives. (Union médicale, t. VI, p. 499.)

— Sur le goître et le crétinisme dans les Pyrénées, par M. Rousse. (Gazette des hôpitaux, p. 195.)

— De la mort apparente, par M. Parrot. (Thèses de concours de Paris; A. Delahaye, in-4, 79 pages.)

— Il existe un signe certain de la mort réelle, c'est l'absence du bourdonnement vital, par M. Collongues. (Gazette des hôpitaux, p. 219.)

— Rapport sur les causes de la mortalité parmi les enfants abandonnés, par M. Aubinais. (Nantes, imprimerie Mellinet, in-8, 19 pages.)

— Recherches médico-légales sur la déglutition comme signe de vie chez les enfants qui n'ont pas respiré, par M. Houzé de l'Aulnait. (Lille, imprimerie Danel; in-8, 18 pages.)

— Expertise médico-légale dans un cas d'infanticide par strangulation, par M. Pinson. (Gazette des hôpitaux, p. 427.)

— Tentative de suicide par suspension, par M. Schmidt. (Deutsche Zeitschrift fur die Staatsarzneikunde; Gazette médicale, p. 768.)

— Plan d'organisation générale pour tout ce qui regarde la vérification des décès, la constatation de leurs causes, la statistique mortuaire, et les inhumations, par M. Houssard. (Union médicale, t. V, p. 70.)

— Des inhumations précipitées, par M. Halma-Grand. (Moniteur des sciences médicales, p. 276.)

— Considérations pratiques sur la mort soudaine dans la première et la seconde enfance, par M. Wert. (Gazette médicale, p. 167.)

— Recherches récentes sur la nature et le traitement des intoxications alcooliques aiguës, par M. Lasègue. (Archives générales de médecine, juillet, p. 77.)

— Intoxications alcooliques aiguës; traitement, par M. Laycock. (Archives générales de médecine, juin ; Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 140.)

— Asaret et diverses formules empruntées à la pratique des médecins russes contre l'alcoolisme. (Med. Zeit. Rossland, et Med. times and Gaz., juillet; Bulletin de Thérapeutique, t. LIX, p. 323.)

— De l'alcoolisme, par M. Racle. (Thèses de concours de Paris; J.-B. Baillière, in-8, 123 pages.)

— Altération graisseuse du foie et des reins, survenue sous l'influence de l'abus longtemps prolongé des alcooliques, par M. Lanceraux. (Société de biologie, décembre 1859 ; Gazette médicale, p. 366.)

— Sucre contre l'ivresse, par M. Lecœur. (Répertoire de pharmacie; Gazette des hôpitaux, p. 560.)

— Antidote de l'ivresse, par M. Chevalier. (Gazette des hôpitaux, p. 303.)

— Autopsie d'un noyé par M. Faure. (Archives générales de médecine, avril, p. 474.)

— Le point d'ossification de l'épiphyse inférieure du fémur, comme signe médico-légal. (Cospers, Vierteljahrs., 15 Bd., 1 Hft; Union médicale, t. VIII, p. 46.)

— Rapports du magnétisme avec la jurisprudence et la médecine légale, par M. Charpignoy. (Paris, G. Baillière; in-8, 61 pages.)

De l'intervention du médecin légiste dans les questions d'attentats aux mœurs, par M. Pénard. (Paris J.-B. Baillière et fils ; in-8°, 144 pages.)

Ce mémoire, fort intéressant, contient les opinions suivantes : Il importe en médecine légale aux intérêts les plus sérieux de la société, qu'il y ait entre l'ordre judiciaire, comprenant tous les membres, à quelque degré hiérarchique qu'ils apparaissent, et les médecins légistes, un même langage, uniforme, intelligible de la même façon pour tous; de là, nécessité de définir, autant que possible, ce qui constitue la nature du délit et du crime. — Cela est plus nécessaire que jamais, en ce qui concerne les attentats

aux mœurs dans la classification desquels règne une certaine confusion. — Les attentats aux mœurs devraient comprendre : — *A*. L'outrage à la pudeur; — *B*. L'attentat à la pudeur; — *C*. La tentative de viol; — *D*. Le viol. — *A*. L'outrage à la pudeur est tout ce qui, faits et gestes, insulte à la pudeur ou publique ou privée. Par suite de l'essence même du délit, le médecin légiste n'est appelé qu'incidemment à en connaître. — *B*. L'attentat à la pudeur, en ce qui concerne le point de vue matériel, c'est-à-dire la lésion des organes sexuels, est l'ensemble de tous les désordres possibles, en tant, toutefois, que la membrane hymen restera complétement intacte. — *C*. La tentative de viol est l'attentat à la pudeur, plus un commencement, peu ou beaucoup, de rupture de la membrane hymen, assez considérable pour s'apprécier, sans le moindre doute, par les caractères physiques ordinaires, insuffisant cependant pour laisser pénétrer complétement dans la cavité vaginale un membre viril en érection. — *D*. Le viol enfin, c'est la rupture de la membrane hymen, assez complète pour laisser pénétrer librement le membre viril dans la cavité vaginale; c'est, en tous cas, rupture ou non-rupture de la membrane hymen mise à part, la pénétration violente, inaccordée, du membre viril dans la cavité vaginale. — Lorsque le médecin légiste a reçu la commission rogatoire, il doit l'étudier avec une sévère attention, employer tous ses efforts à faire disparaître les obscurités qu'elle pourrait contenir, et une fois qu'il considère sa mission comme parfaitement arrêtée et définie dans toutes ses parties, il doit se constituer l'interprète rigoureux et l'esclave de cette même commission rogatoire.— En ce qui concerne les attentats aux mœurs, généralement, l'homme de l'art n'a pas à étayer son rapport d'une sorte d'enquête préalable se composant de questions adressées à la victime; dans la plupart des cas, sinon toujours, il suffira de constater exactement les lésions matérielles qui existent, ou leur absence, pour en déduire la possibilité ou l'impossibilité de faits qui s'y rapportent. — La rupture de la membrane hymen n'atteste pas toujours irréfutablement qu'un viol ait été commis; d'autre part, le viol pourrait avoir été commis, bien que la membrane hymen persiste dans toute son intégrité; enfin, un viol pourrait avoir été commis, constitué qu'il serait par la pénétration du membre viril dans la cavité vaginale, la rupture de la membrane hymen étant constatée d'ailleurs, mais cette rupture n'étant pas contemporaine du crime commis et existant préalablement à sa perpétration. — Le médecin légiste doit être singulièrement réservé et prudent dans l'interprétation qu'il donne des écoulements plus ou moins purulents dont les organes de la femme sont le siége. — Il doit bien se garder, en outre, de considérer toujours les excroissances charnues des organes sexuels comme le témoi-

gnage d'un écoulement virulent, ou l'indice certain d'une contagion quelconque. — Lorsque le médecin légiste aura recueilli dans la constatation des lésions matérielles les éléments de son appréciation, il ne devra, qu'après ample information et sur puissants motifs, déduire ses conclusions ; il y aura toujours inconvénient ou danger à se prononcer, pour ou contre, d'une façon trop prématurée. — L'expert ne saurait peser avec trop d'attention et de soin chaque terme de son rapport ; le rapport le plus court est incontestablement le meilleur, à la condition qu'il n'y manquera rien de ce qui peut être utile à la manifestation de la vérité. — Dans le prétoire de la Cour d'assises, le médecin légiste ne saurait trop faire appel à tout son sang-froid pour rester toujours simple, concis et clair, inébranlable dans son langage ; n'ayant d'autre guide que la sainteté du serment, et d'autre but que la manifestation de la vérité, il doit demeurer impartial, ne se laissant toucher dans sa conviction par aucun incident plus ou moins pathétique d'audience, restant, en un mot, complétement étranger aux mouvements de la passion.

TABLE DES AUTEURS.

A

Abeille, 557. — Adam, 262. — Adams, 455, 458. — Aghdown, 405. — Albespy, 415. — Alix, 366, 551. — Allaux, 81, 450. — Allier, 520. — Almagro, 148, 220, 232. — Almeida (D'), 522.— Almès, 142, 200. — Alonso, 557. — Alquié, 519, 572. — Althaus, 172.— Ameuille, 422. — Amiard, 323. — Amourel, 322. — Ancelet, 7, 93, 551. — Ancelon, 417, 491. — Ancelot, 365. — Anderson, 595. — Andrade (D'), 540. — Andrew, 151. — Andrieu, 566. — Anselmier, 549. — Anstie, 71. — Arau, 84, 86, 152, 195, 244, 536, 538, 539, 574. — Archambault, 227. — Archer, 176. — Argilacos, 294. — Argoing, 282.— Armand, 305. — Arnaud, 477.— Arrachard, 74, 488. — Artaud, 118. — Aubenas, 543. — Aubin, 325.— Aubinais, 607. — Aubrun, 104. — Auburtin, 261. — Aude, 555. — Audiffrent, 179. — Augiéras, 583. — Augières, 578. — Aureliano, 498 — Autier, 579. — Auzias-Turenne, 531, 548. — Auzouy, 305, 320. — Auzoux, 21. — Avrard, 432.— Azam, 67, 330, 339, 430, 449.— Azevédo, 483.— Aymé, 600. — Ayres, 518.

B

Baerwinkel, 172. — Bagot, 553. — Baillarger, 304, 310, 312, 313. — Bailly, 515. — Baker-Brown, 533, 537. — Ball, 86, 158.— Bamberger, 192.— Baraliier, 581.— Barascut, 117.— Barbosa, 108, 364, 439. — Barenger, 327. — Barham, 238.— Barillier, 547. — Barlow, 93. — Barnier, 171. — Barraud, 590. — Barreiros, 590. — Barrier, 571. — Barrois, 538. — Barth, 131, 143, 324. — Barthez, 101, 607. — Barwell, 377. — Basset, 521, 348, 587.— Bastien, 59, 60, 61, 62.— Batigne, 208, 323. — Bauchet, 363, 469, 485, 494. — Baudelocque, 219. — Baudot, 86, 97, 148, 153, 485, 536. — Bauer, 235. — Baume, 320. — Baumers, 443. — Baur, 420. — Bax, 553. — Baylon, 234. — Bazin, 289, 362. — Bazire, 383. — Beau, 84, 90, 143, 189, 265, 321, 373, 538. — Beaumetz, 149. — Bechamp, 575, 587. — Béchet, 324, 504. — Beckel, 422. — Beckmann, 154. — Beclard, 25. — Becquerel, 93, 183, 583. — Bedos, 580. — Beek, 422. — Beherend, 65. — Béhier, 510,

533. — Behrend, 119. — Bell, 446. — Belloc, 319. — Benckard, 322. — Benoît, 409, 417, 464, 548 — Béraud, 345.— Berchon, 470, 599.—Berg, 85.— Bergé, 356.— Bergounhioux, 182, 581. — Berland, 100. — Bermond, 543. — Bernard, 36, 152, 359, 583. — Berne, 377. — Bernutz, 540. — Berruti, 198. — Bertet, 235, 282. — Bertherand, 325, 484, 554, 587. — Berthier, 303, 304. — Bertholle, 71. — Bertin, 133, 219, 555. — Bertrand, 416, 586. — Bertulus, 122, 226. — Besnier, 77. — Bessa, 571. — Bessière, 324. — Betbeder, 185. — Beuvain, 538. — Bevan, 471. — Beyran, 176, 549. — Bibra (De), 595. — Biebuyck, 197. — Bienfait, 421. — Biggs, 596. — Bilharz, 513. — Billard, 219. — Billière, 501. — Billod, 308, 309, 311, 318. — Billon, 478. — Binard, 263. — Birkett, 380. — Bischoff, 9. — Bitot, 353. — Bizarelli, 548, 550. — Bizot, 606. — Blachez, 88, 139.— Blanc, 123, 414, 416, 504. — Blanche, 197. — Blasius, 360, 596. — Blavette, 436. — Bley, 559. — Blondet, 99. — Blondlot, 596. — Blot, 453. — Bock, 336. — Bockendahl, 538. — Boens, 10, 566. — Boinet, 92, 532, 579, 607. — Boisseau, 146. — Boitelle, 542. — Bonhomme, 366. — Bonifas, 260, 569. — Bonnafont, 477, 511, 512, 543. — Bonnefin, 181, 185. — Bonnefous, 485, 537. — Bonnejoy, 351, 485. — Bonnes, 377. — Bonnet, 292, 376, 560, 566. — Borchard, 493. — Borelli, 410. — Borlee, 95. — Bosia, 189, 577. — Bomarin, 559. — Botte, 105, 218, 483. —Bouchacourt, 566.— Bouchardat, 200, 572, 573, 574, 576. —Bouché de Vitray, 107.— Boucher, 193, 566. — Bouchut, 100, 101, 327, 571, 578. — Bougard, 191. — Bouisson, 305, 455, 513, 528. — Boulin, 539. — Boulland, 539. — Bourdesol, 313. — Bourdon, 126. — Bourgarel, 408. — Bourgeois, 128, 418, 566. — Bourguet, 331. — Bourguignon, 70, 179, 181, 184.— Bourillon, 448. — Bournéria, 446. — Bourrousse (De), 498, 558.— Bousquel, 214.— Boussuge, 97. — Bouvier, 367, 373, 374, 403, 595.—Bouyer, 464, 477.— Boyd, 511.— Boys de Loury, 549. — Bowman, 491, 502. — Brandicourt, 127. — Brauel, 418. — Brault, 371. — Brehmer, 575. — Briant, 260. — Brière, 569. — Brière de Boismont, 298, 305, 310, 312, 316. — Brinner, 572. — Briquelot, 559. — Briquet, 170, 244, 479, 598. — Brisson, 301. — Broca, 52, 428, 429, 487. — Broeckx, 142. — Brongniart, 153. — Brou (De), 594. — Brouardel, 430, 459, 469, 537. — Brown-Séquard, 27, 28, 33, 329. — Bruch, 48. — Bruguier, 116. — Brullé, 595. — Brun, 204. — Bruneau, 421. — Brunet, 307, 314. — Bryant, 394. — Buchez, 307. — Buchner, 144. — Bucquoy, 227. — Budge, 42. — Buez, 424. — Buraw, 395. — Burdach, 182.— Burdel, 205, 251.— Burin du Buisson, 577.— Burq, 231, 232. — Busch, 354.

C

Caffe, 287. — Cahen, 425. — Cahours, 245. — Callegari, 427, 523. — Calloud, 580, 581. — Calvo, 549. — Camino, 119.— Campana, 168. — Cancella, 593. — Canton, 389. — Caradec, 191, 553. — Caron, 570, 580. — Carre, 4. — Carrière, 68, 574, 586. — Carver, 83. — Cary, 586. — Casanus, 545. — Casenave, 587. — Casper, 593. — Castan, 89, 197, 322. — Castelnau (De), 71, 315, 316, 327. — Castex, 182.— Caudmont, 519, 522, 527, 531. — Cavasse, 484, 514. — Caylan, 576. — Cazalas, 224. — Cazelles, 493. — Cazes, 108, 508. — Civiale, 522, 532. — Chaballiez, 545. — Chabanne, 586. — Chabasse, 206. — Chabrier, 215, 554. — Chadebec, 392. — Chairou, 333. — Chalvet, 345, 349, 350, 356, 360, 373, 378, 411, 515. — Chaminade, 194. — Champouillon, 140, 216, 571, 581. — Chanot, 586. — Chapelle, 325. — Chapiel, 464. — Charcot, 125, 159, 255, 258. — Charmasson, 587. — Charnaux, 104. — Charpentier, 127. — Charpignoy, 608. — Chassagne, 5.— Chassagny, 212. — Chassaignac, 370. — Chastrusse, 100. — Chatelain, 571. — Chatin, 58, 588. — Chaumery, 186. — Chauveau, 9, 12, 14, 30, 482. — Chauvet, 478. — Chauvin, 425, 600. — Chauvineau, 563. — Chavanne, 229. — Chazel, 293.— Chevallier, 505, 593, 596, 608. — Chevrier, 533, 579, 607. — Choloux, 559. — Choussy, 266. — Chrestien, 566. — Clark, 151. — Cleland, 574. — Clemens, 107, 578. — Clinchamp, 559. — Clipet, 551. — Cloquet, 443, 444. — Closmadeuc (De), 480. — Clot-Bey, 523. — Cocheteux, 198, 416 — Cockburn-Messer, 523. — Coindet, 124. — Coldstream, 169. — Colin, 8, 114, 199.— Collard, 298. — Collin, 109, 209. — Collins, 559. — Collongues, 62, 607. — Colombel, 479. — Colson, 374, 435. — Colvis, 294. — Combes, 586. — Comegys, 595. — Commaille, 335. — Commenge, 569. — Cooke, 294. — Cooper, 563.— Copin, 461.— Corbel, 218.— Cordier, 498. — Corfe, 239. — Corlieu, 85. — Cornaz, 506. — Cornille, 166. — Cortès, 462.— Cortèse, 407. — Corties, 538. — Corvisart, 6, 7, 245. — Costallat, 298. — Costilhes, 175, 325. — Coulon, 435, 473, 479. — Couranzou, 488. — Coursserant, 496, 502. — Courtin, 235. — Courtois, 587. — Courty, 183, 409, 432, 555.— Cousrem, 527.— Couturier, 214. — Cramer, 417. — Criado, 262. — Crompton, 391. — Croskery, 235. — Croven, 583. — Cruveilhier, 59, 60, 447, 451, 474 522. — Curling, 458. — Czermack, 119, 121.

D

Daburon, 567. — Dagand, 447. — Dagout, 314. — Dairaux, 565.

— Dally, 327. — Dalton, 150. — Daly, 132. — Damideaux, 358. — Danet, 549. — Dangain, 324. — Daniel, 228. — Dannecy, 580, 583. — Danner, 536. — Dantas, 595. — Dardel, 531. — Daroux, 209. — Dassier, 431. — Daumas, 587. — Dauvé, 531. — Dauvergne, 130.— Dayot, 394.— Debout, 373, 487, 510. — Debreyne, 426. — Debrou, 339. — Dechange, 551. — Decondé, 498. — Degranges, 199. — Dehaut, 422. — Delabarre, 65. — Delacour, 85. — Delahousse, 62. — Delaire, 242. — Delange, 224. — Delasiauve, 303, 318. — Delattre, 519. — Delaunay, 460. — Delbet, 96. — Deleau, 577, 591. — Delioux, 510. — Delioux de Savignac, 573. — Delore, 365, 412, 436, 480. — Delorme, 539, 578. — Delsol, 567. — Demarquay, 26, 93, 345, 392, 426, 444, 450, 461, 463, 472, 493, 527, 583. — Demarquette, 81. — Demeaux, 46, 221, 414, 487, 537, 592. — Demera, 212. — Denucé, 438, 481. — Depaul, 209, 537, 555, 560. — Depeton, 559. — Dereins, 323. — Derossi, 569.— Deschamps, 77, 443, 577, 573, 583.— Descolis, 362. — Descôtes, 572. — Descroizilles, 83, 532. — Des Etangs, 327. — Deslandes, 572. — Desmaisons, 316. — Desmartis, 67, 188. — Desormeaux, 60, 358. — Despine, 586. — Despiney, 140.—Despretz, 557.—Deval, 488.— Devay, 588. — Devergie, 268, 284, 578. — Devilliers, 59, 561. — Dezwarte, 322. — Diday, 529, 547, 549, 575. — Didion, 458. — Didot, 565. — Dieuzaide, 474, 522. — Dixon, 495. — Dolbeau, 425, 431, 432, 522, 550. — Domerc, 531. — Donnell, 537. — Dor, 41. — Dorvins, 542. — Douet, 214. — Doumic, 550. — Dowler, 44. — Drasch, 94. — Drouet, 497. — Druytt, 83. — Dubiau, 310. — Dubois, 495, 501, 557. — Dubreuilh, 213, 377, 430, 462, 557. — Dubrisay, 148. — Duchaussoy, 432, 448. — Duchesne, 173, 174. — Duclaux, 169. — Duclos, 187, 479, 581. — Dufour, 306, 440, 538, 543, 555. — Dufreysse, 585. — Duhamel, 106, 266, 566. — Duigau, 365. — Dujardin-Beaumetz, 324, 455. — Dulac, 158. — Dulmet, 258. — Dumas, 567, 590. — Dumesnil, 315, 316. — Dumont, 162, 505, 594.— Dumontpallier, 156. — Dunal, 538, 567. — Duncan, 134, 539. — Duparcque, 91. — Dupierris, 526. — Duplay, 515. — Dupont, 402, 565. — Duprat, 324. — Dupré, 124, 323. — Dupuis, 570. — Dupuy, 192.—Durand, 76, 193. — Duroziez, 256. — Duroy, 56, 577. — Durwell, 583. — Dussaud, 569. — Dutcher, 136. — Duval, 150, 177, 316, 586, 587. — Duysberg, 568. — Dyce, 567.

E

Edwards, 472. — Eichinger, 563. — Elisabeth, 262. — Elleaume, 362, 568, 593. — Elliotson, 546. — Emery, 533, 563. —

Empis, 454.— Engel, 572. — Enyrard, 229.— Eram, 559. — Erichsen, 381, 383, 388, 393, 461. — Espagne, 100, 117. — Esmarch, 437. — Esterle, 564. — Estor, 423.

F

Fabre, 355.— Fachan, 436.— Faget, 324. — Faivre, 32, 55.— Fajet, 327.— Falin, 572.— Falret, 164, 308.—Fanner, 539. — Fano, 64, 410, 435, 490, 503, 508, 550. — Farcy-Soulez, 296. — Fario, 506. — Farre, 109, 367. — Fasoli, 593. — Faucher, 575. — Fauconneau-Dufresne, 90, 91, 249. — Fauconnet, 146. — Faure, 63. — Fauvel, 284. — Faye, 538, 549. — Feignaux 151. — Fénélon, 554. — Ferand, 590. — Fergusson, 379, 386, 389.—Fernandez-Meunilla, 282.— Fernet, 28. — Féron, 516. — Ferra, 518. — Ferran, 573. — Ferrand, 554. — Ferrier, 139. — Ferriès, 95. — Filhol, 595. — Filliette, 322. — Finizio, 554. — Fischer, 252, 578. — Flaschoen, 335. — Flourens, 42, 332. — Fock, 109, 387. — Fœster, 537. — Follin, 336, 502, 540. — Foltz, 491. — Fonssagrives, 138, 284, 392, 607. — Fontan, 209, 482. — Fonteret, 69. — Fordos, 411. — Forest, 77. — Forget, 134, 141, 223, 572, 573. — Formento, 524. — Fort, 564. — Fortoul, 459. — Fosse, 196. — Foucault, 565. — Foucher, 334, 340, 343, 424, 438, 460, 475, 477, 495, 517, 522, 526, 527, 528.— Fougera, 578, 579. — Fouriaux, 549. — Fournié, 117. — Fournier, 149, 417, 430, 545, 548. — Foville, 319. — Fraissine, 489. — France, 250. — Frankenhauser, 559. — Freitz, 245. — Fremaux, 229. — Frémineau, 461, 538, 583. — Fremy, 219, 224. — Frickœffer, 583. — Friedberg, 64. — Fritz, 73, 93, 148, 155, 157, 170, 239, 348, 440, 479. — Fromont, 75. — Fronmuller, 67, 595. — Fuhrer, 11.

G

Gachossin, 422 — Gagey, 520.— Gagnard, 554.— Gagnon, 108. — Gaillard, 555. — Gairdner, 76, 240.— Galenzowski, 495.— Gallard, 133, 156, 474, 533. — Gallavardin, 325. — Galligo, 547. — Gant, 330. — Garajon, 555. — Garimond, 141. — Garnier, 105. — Garrigou, 221. — Gasquet, 118, 527.— Gaucher, 198, 295, 534, 570. — Gauchet, 126, 553. — Gaudier, 178. — Gaujot, 420, 526, 550. — Gauthier, 415, 484. — Gautier, 149, 266, 470, 534. — Gautron, 481. — Gavardon, 557. — Geist, 595. — Gélibert, 105. — Gellé, 189, 217. — Gendron, 99, 105, 108, 117.— Genée, 571. — Gerhabdt, 121. — Gerlach, 288. — Gérin-Roze, 170, 479, 532. — Germain,

69, 580, 586. — Gesenius, 453. — Gesquière, 575. — Gestin, 77. — Gervais, 60. — Gibert, 300. — Gigon, 55, 487. — Gintrac, 162, 486. — Giorcelli, 391. — Giraldès, 3, 433, 441, 514. — Girard, 254 — Girard de Cailleux, 316. — Giraud, 177. — Giraudet, 63. — Giraud-Teulon, 39, 121, 162, 327, 521. — Girbal, 198, 325, 551. — Girin, 323. — Glénard, 579, 580. — Gobley, 574. — Godard, 61, 518. — Godélier, 327. — Goëde, 178. — Goetseels, 81. — Gomez, 559. — Gonod, 472. — Gondoulin, 587. — Gonzalez, 336. — Goodell, 192. — Gordon, 127. — Goschler, 62. — Gosselin, 334, 353, 417, 461, 504, 505. — Goupil, 214, 540. — Gourbeil, 406. — Gouriet, 442, 457, 492, 531. — Gourssies, 196. — Gouvêa (De), 569. — Gouzée, 168. — Goyrand, 355, 523. — Graefe (De), 506, 507. — Granier, 375. — Grasiolet, 27. — Graux, 320. — Grazia, 507. — Green, 572, 583. — Grellais, 586 — Grenier, 216, 369. — Grezel, 200. — Griesinger, 164, 247. — Grimaud, 588, 589. — Grimault, 577. — Grocq, 536. — Gros, 88, 105, 149, 164, 257, 336, 485, 554. — Gross, 395, 524. — Gruntner, 521. — Gubler, 28, 110, 164, 175. — Guéneau de Mussy, 132, 135. — Guéniot, 167, 267, 359, 375. — Guépin 240, 499, 500. — Guérard, 531. — Guérin, 538. — Guérineau, 67, 507. — Guerlain, 334, 347, 349, 522, 523, 524, 527. — Guersant, 342 — Gugenbrechl, 317. — Guibert, 59, 583. — Guichard, 292. — Guillaume, 416. — Guillaumot, 77. — Guilliermond, 579, 580. — Guillon, 212, 521. — Guillot, 552. — Guingue, 543. — Gutler, 522. — Guyon, 366, 477, 515, 537. — Guyot, 208. — Gyoux, 569.

H

Hall, 482. — Halma-Grand, 608. — Hamel, 294, 481. — Hamon, 73, 119, 129, 243, 244, 254, 352, 555, 575, 582, 583. — Hancock, 501. — Hardey, 558. — Hardon, 108. — Hardy, 234, 284, 286, 513, 585. — Harlan, 151. — Haro, 207. — Hartung, 267. — Harvey, 259 — Haspel, 207, 223. — Hauner, 583. — Hébra, 211, 293. — Hecker, 566. — Heinike, 38. — Heinsius, 14. — Hélie, 45, 567. — Hellwag, 106. — Henriette, 68. — Henriot, 197, 590. — Henry, 585. — Henry fils, 586. — Hérard, 168, 553, 599. — Hermann, 594. — Herpin, 452, 606. — Hervez de Chégoin, 260, 536. — Hervier, 586. — Hervieux, 98, 267, 414. — Heschl, 488. — Heurtaux, 428. — Heurteloup, 37, 38. — Hevia (De), 77. — Heyfelder, 438. — Heylles, 322. — Hiard, 241. — Hiffelsheim, 607. — Hillairet, 167, 170, 287, 549. — Hill-Hassal, 248. — Hilton, 431. — Hirks, 260. — Hobart, 479. — Hogg, 287, 502, 578. — Holmes, 352. — Homolle, 539. — Hoppe, 17. — Horteloup, 347. — Hosseine,

199. — Houdard, 527. — Houel, 79, 472, 515. — Houlez, 288. — Houssard, 607. — Houzé, 529, 607. — Hubbenet (De), 506. — Huench, 579. — Huet, 282, 551. — Huette, 579. — Hughes, 525.— Huguier, 465, 469, 538, 543.— Husband, 213. — Hutchinson, 549. — Huzar, 11.

I

Iatropolo, 537. — Innhauser, 86. — Isnard, 578.

J

Jaccoud, 236, 447. — Jacob de Cordomoy, 325. — Jacobi, 333. — Jacquart, 60. — Jacquemet, 5, 63. — Jacquez, 223. — Jacquemier, 561. — Jacquemot, 591. — Jacubowitsch, 32.— Jalabert, 424. — Jamain, 406, 573. — Jame, 231. — James, 96, 594. — Janot, 456. — Janssen, 25. — Japhet, 283. — Jarjavay, 448. — Jaucourt, 558. — Jaumes, 327. — Jaure, 581. — Jauvrot, 595.— Jauze, 229.— Jeitteles, 36.— Jisplt, 429. — Jobert, 34, 185, 335, 357, 558, 372, 403, 498, 521, 542. — Johnson, 440. — Joire, 315. — Jolly, 323. — Joly, 43, 55. — Jones, 380. — Jordan, 344, 378. — Joret, 539. — Josso, 330. — Joubert, 557. — Jouon, 350. — Jourdan, 578. — Jousselin, 571. — Joyeux, 264. — Judée, 477. — Junquet, 473.

K

Kelly, 483. — Kinderkrankh, 386. — Kennedy, 146. — Keny, 567. — Kérédan, 143. — Kinde, 392. — King, 389. — Klob, 94. — Klusemann, 61. — Kosmann, 581. — Kuhn, 587. — Kuhner, 235. — Kursak, 594. — Kusmaul, 47. — Kuttner, 215, 571.

L

Labalbary, 569.— Labbé, 162.— Laborde, 72, 73, 93, 158, 161, 363, 527, 536. — Laborie, 392, 405, 562, 564. — Laboulbène, 179. — Lachaze, 572. — Lacombe, 162.— Lacome, 322.— Lacoste, 349.—Lacour, 262, 363.—Ladreit de Lacharrière, 596.— Lafargue, 577. — Lafont-Gouzy, 132. — Laforgue, 349. — Lagneau, 549. — Lallemand, 56. — Lamare-Picquot, 166. — Lambl, 43. — Lambron, 586. — Lanacastels, 421. — Lancereaux, 82, 148, 156, 249, 299, 425, 430, 516, 520, 543, 608. — Landeta, 470. — Landouzy, 296, 297. — Landrin, 136.—

Langenbeck, 182, 329. — Langlebert, 546. — Lanne, 492. — Laplagne, (De) 435.—Laronde, 196, 324, 550.—Laroyenne, 13. — Larrat, 127. — Larrey, 196, 359, 375, 406, 551, 593. — Lasègue, 303, 551, 608. — Latapie, 327. — Latour, 327, 579. — Laugier, 405, 481, 522, 542. — Launay, 426, 453, 484, 487. — Laurent, 453. — Lavoye, 199. — Lawrence, 569. — Lawson, 494. — Laycock, 608. — Lebel, 576. — Lebert, 149, 263. — Leblanc, 228. — Le Cler, 264. — Le Cœur, 218, 608. — Lecomte, 353, 496. — Lefèvre, 74. — Lefort, 382, 480. — Le Gendre, 59, 60, 61, 62, 406, 442, 536. — Legouest, 360, 406, 480, 493. — Legrand, 88, 123, 303, 433, 519, 532. — Legrand du Saulle, 189, 313, 522. — Legroux, 155, 185, 265, 266.— Leidy, 583. — Lemaire, 55. — Lemarié, 94, 116, 549, 473. — Lemariey, 463. — Lemarchant, 427. — Lemazurier, 478. — Lemoine-Maudet, 132. — Lenoir, 554. — Leraton, 117. — Leriche, 76, 107. — Lernout, 323. — Leroy, 325, 523. — Leroy d'Etiolles, 527. — Leroy de Méricourt, 136, 175, 284. — Lesage, 575. — Letenneur, 340, 367, 439. — Leudet, 87, 92. — Leven, 27, 568. — Liégard, 96, 456, 568. — Liégeois, 16, 31, 36, 59, 434. — Liétard, 587. — Linas, 312. — Linhart, 182. — Liscoat, 127. — Lisle, 525.— Lister, 366. — Lizé, 175, 282, 566, 567, 571. — Loiseau, 101, 103, 186. — Lombroso, 59, 452. — Londe, 180. — Long, 191, 422. — Longet, 63. — Longy, 368. — Lopes, 354. — Lorain, 235. — Loreau, 300. — Loret, 581. — Lorut, 219. — Luca (De), 5, 58, 577. — Ludger-Lallemand, 199. — Luppi, 327. — Luschka, 15, 24. — Luton, 245, 549. — Lütz, 433. — Luzsinsky, 106. — Luys, 154, 171, 211, 213, 248, 570. — Lynch, 571.

M

Macario, 207, 587. — Mac-Ghie, 575. — Machalin, 127. — Maclachlan, 445. — Maestre, 205. — Magitot, 2, 3, 441. — Magne, 242, 489, 494, 504.— Maher, 455.—Maingault, 110.—Maisonneuve, 439, 462, 465, 573.— Majesté, 590. —Malgaigne, 550.— Mallez, 518, 525, 531, 543, 579.— Mançais, 324.—Mandl, 22, 122, 137. — Manjot, 421. — Manson, 527.— Marcé, 177, 309. — Marcet, 56. — Marchal, 67, 324.— Marchant, 520, 579. — Marcy, 11, 24, 144. — Marinetti, 497. — Mariotte, 421. — Marjolin, 374, 440, 470, 487. — Marquez, 117, 485. — Marrotte, 536. — Marssilach, 140. — Martin, 323, 408, 529, 579, 586. — Martin-Magron, 28. — Martin-Saint-Ange, 60. — Martineau, 74, 140, 166, 168, 424. — Martinencq, 570. — Martinet, 327, 588. — Martini (De), 499. — Masch, 405. — Masson, 134, 583. — Matagrin, 220. — Mathieu, 584. —

Mattei, 555, 559, 563, 568. — Matteuci, 30. — Maugin, 326. — Maunoir, 538, 606. — Mauriac, 147, 474. — Maurice, 477. — Mauvais, 525. — Mavrojeny, 572. — Mazaé-Azéma, 282. — Mazarredo (De), 227.—Mazaurie, 327.—Mayer, 117.— Max, 542. — Medici, 592. — Meerstraeten (Van), 555. — Meissner, 4. — Meleux, 45. — Ménard, 322. — Ménier, 197. — Ménière, 509, 519, 521. — Mercier, 324, 463, 532, 579. — Méreau, 507. — Méric (De), 530. — Métivier, 99, 570. — Meunier, 186, 543. — Meyer, 509, 532. — Meynier, 582. — Mialhe, 71, 292. — Michaux, 324. — Michel, 244. — Michon, 328, 522.—Michou, 223.—Middleton Michel, 168.— Mignérés, 262.—Mignot, 282.—Millard, 220, 450.—Mill Frodsham, 473. — Milne Edwards, 41. — Mirault, 368, 484. — Mirza, 253. — Missoux, 107.—Moilin, 12.—Moleschott, 22.—Mongot, 554.— Monneret, 221, 226, 324. — Monthus, 577. — Mony, 82. — Moreau, 31, 61, 545. — Morel, 188, 317. — Morel-Lavallée, 344, 348, 350, 357, 364, 422, 475, 532, 543. — Morin, 589. — Morpain, 583.—Moschuh, 472.—Moser, 298. — Mosquera, 148. — Mottet, 331. — Mouchon, 575. — Moulinet, 554. — Moura-Bourouillou, 122. — Mourlon, 490, 530. — Moutard-Martin, 200, 252. — Moutet, 86, 563, 567.— Mouzard, 325. — Moynier, 100, 132, 215. — Moysant, 299. — Mühlig, 88. — Mulder, 256. — Müller, 39. — Munaret, 325, 551. — Murat, 587. — Musset, 97, 55.

N

Naïl, 479. — Nancias, 28, 591. — Napolitani, 511. — Nasse, 56. — Naudin, 459. — Négrier, 555. — Nélaton, 335, 337, 339, 405, 430, 431, 438, 460, 464, 478, 493, 511, 514, 547. — Néron, 458. — Neudoerfer, 423. — Novella, 324. — Newbold, 451. — Newton, 44. — Nicolas, 17. — Nivert, 482. — Noël, 555. — Noir, 100. — Noirot, 572. — Nonat, 204, 229. — Notta, 176, 430, 457, 549.

O

O'Donovan, 267. — Ogier, 295. — Ollier, 328, 330. — Ollivier, 94, 356, 527, 542, 566. — Oppolzer, 596. — Ortuguier, 150. — Oudart, 532. — Oye (Van), 127. — Owszannikow, 36. — Ozanam, 66.

P

Pacot, 66. — Paget, 543. — Pagenstecher, 501. — Pajot, 564,

566. — Pamard, 373, 505. — Panas, 20. — Pancoas, 518. Panou, 197. — Pappenheim, 17, 19. — Parigot, 320. — Paris, 27, 100, 567. — Parisot, 97. — Parmentier, 485, 542, 543. — Parrot, 607.— Partridge, 352. — Passe (De la), 327. — Passot, 301. — Pasteur, 50, 51, 52. — Pasturel, 434, 573. — Pastor, 354. — Paté, 537.— Paul, 597. — Paulier, 323.— Pavy, 247. — Péan, 578 — Peacock, 143.— Pedro de Castel-Branco, 135. — Peisse, 325.— Pellarin, 348, 371.— Pelletier de Chambure, 109. — Pénard, 80, 608. — Peon, 310. — Péraire, 580. — Perés, 544.— Pernice, 558.— Pernot, 538.— Perrin, 56, 84, 348, 473, 488. — Perron, 327. — Perrot, 363. — Perrussel, 572. — Perry (De), 283, 537. — Pertusio, 451, 499. — Péter, 99.— Petit, 267, 315, 551.—Petithan, 421.— Pétrequin, 380, 554. — Peyron, 146. — Pfeiffer, 539. — Philippeaux, 36, 462. — Philips, 522. — Piachaud, 455. — Picard, 355, 516. — Pidoux, 595.— Pierart, 557. — Pierresson, 479.— Pietra-Santa (De), 142, 579.— Piglowski, 586.—Pihan, 334, 376.— Pinaud, 536.— Pinel, 122. 169, 312.— Pinoul, 372.— Pinson, 607.—Piogey, 547. — Piorry, 130, 179, 223, 260, 323, 422, 494, 599.—Pitta, 480.— Pize, 268.— Plagge, 249.— Plantier, 539. — Von Plazer, 87.— Poëlman, 165.— Poggiale, 594. — Polare, 496. — Polonitzki, 529. — Pommier, 537. — Pons, 282. — Portalier, 553. — Potain, 550, 599. — Pouchet, 23, 44, 50, 51, 55. — Pressat, 71. — Preterre, 442. — Pretty, 422.— Prévault, 357. — Price, 121, 390. — Proust, 118, 426, 479. — Provost, 571. — Prudhomme, 571. — Puech, 464, 515, 534, 543. — Putégnat, 218, 256, 418, 550, 563. — Putz, 391.

Q

Quaglino, 502. — Quain, 140. — Quermeleus, 590. — Quesnoy, 368. — Quillot, 77. — Quissac, 105.

R

Racle, 608. — Radou, 554. — Rambaud, 16. — Rampolla, 466.— Ramsay, 537. — Rancé, 584. — Randon, 322. — Rapp, 447. — Ravoth, 456. — Raynaud, 109, 153, 162, 454, 472, 518.— Rees, 109. — Regnault, 41, 204. — Regnier, 571. — Reibel, 101. — Reil, 588. — Remack, 29, 583. — Remilly, 325. — Renaudin, 316. — Rennes, 579. — Renou, 323. — Renzi (De), 595. — Réthel, 516. — Retsin, 506. — Réveil, 587. — Rey, 127, 557. — Reybard, 408. — Rhodes, 520. — Ribes, 590. — Richard, 183, 293, 416. — Richardson, 333, 450, 495, 503.— Richart, 427. — Richelot, 579, 586. — Richer, 322. — Richet, 261, 346, 353, 430, 543. — Ricord, 578. — Riebuyck, 132. —

Riembault, 101. — Riez, 229. — Rillaud, 575. — Rilliet, 607. — Rince (De), 553. — Rindfleisch, 410. — Riobé, 212. — Riquard, 538, 573. — Rith, 406. — Rizet, 227, 358. — Rizzoli, 436. — Robert, 464, 547, 550. — Robert-Lee, 559. — Robin, 1, 3, 4, 48, 50, 374. — Robinet, 585. — Rochard, 287, 293, 406, 440, 458, 515, 550. — Rochas, 324 — Rochas (De), 169. — Roche, 242. — Roché, 117, 168. — Rodet, 163. — Rodrigues, 187. — Roger, 109, 217, 324, 475, 526, 571. — Rogez, 267. — Rokitansky, 539, 555. — Rollet, 544. — Rollin, 322. — Ronzier-Joly, 104, 163. — Rosenstein, 248. — Roser, 447. — Roseville (De), 571. — Rossi, 67. — Rossignol, 320. — Rothmund, 447. — Roubaud, 587. — Rouet, 263. — Rouget, 45, 62. — Rouhier, 558. — Rouix, 85. — Rouse, 462. — Rousse, 569, 607. — Rousseau, 308, 474, 579. — Roux, 396, 397, 460, 593. — Roy, 210. — Royer, 455, 522. — Rublee, 452. — Rufz, 593. — Rupin, 567. — Russel, 241.

S

Saillard, 126, 199. — Saint-Alban, 325. — Saint Germain (De), 458, 527. — Saint-Laurent (De), 188. — Saintin, 220. — Sainton, 299. — Sales-Girons, 141, 584, 585. — Salleron, 416. — Salomon, 491. — Salone, 239. — Salva, 66. — Sanders, 151. — Sands, 150. — Sanson, 257. — Sapolini, 220. — Sappey, 6, 23, 61. — Sassier, 282. — Saulgeot, 260. — Sauvan, 574. — Sauze, 313. — Scanzoni, 568. — Schaller, 595. — Schlager, 314. — Schlœfflin, 327. — Schneider, 593. — Schreyer, 567. — Schuft, 504. — Schutzemberger, 4. — Scoutetten, 371. — Sébastien, 539, 570. — Secondi, 501. — Secrestan, 364. — Sédillot, 331, 429, 433. — Sée, 43, 113, 250. — Ségalas, 527. — Seiler, 583. — Sellier, 172. — Semeleder, 444, 511. — Sérée, 229. — Sergent, 289. — Seriziat, 58. — Serre, 178. — Serres, 45, 46. — Servien, 359. — Servoin, 369. — Seux, 518. — Shearer, 255. — Sichel, 492, 505. — Sieveking, 159. — Sigmund, 550, 593. — Silva (Da), 568. — Silvestre, 541. — Simon, 18, 168, 205, 345, 484, 534, 541. — Simonin, 157. — Simonot, 80. — Simpson, 539. — Simyan, 96 — Siredey, 73, 239, 515, 520, 534. — Sistach, 425. — Sizaret, 171. — Smith, 23, 478, 523, 538, 564. — Smoles, 145. — Solly, 379. — Sommié, 582. — Sonrier, 168. — Sorbets, 61, 554, 566, 569. — Soto (De), 511. — Soubeiran, 573. — Soufflet, 282. — Soulacroix, 506 — Soulié, 518. — Spaeth, 567. — Spencer Wels, 532. — Sporer, 482. — Sprengler, 206. — Stokes, 210. — Stolz, 539. — Stone, 191. — Stoultz, 197. — Strohl, 129. — Stutter, 567. — Sucquet, 14. — Surdun, 322. — Syme, 480.

T

Tailhefer, 56.—Tamin, 179.—Tardieu, 256, 585.—Tardif, 449. —Tarneau, 302, 576.—Tarnier, 568.—Taquoy, 377.—Tassier, 557.—Tatum, 109, 346.—Taverne, 124.—Tavernier, 121. — Tavignot, 494, 495, 496, 500, 501, 502. — Taylor, 497, 596. — Teale, 393, 490. — Teden (Van), 559. — Teissier, 553.—Terrier, 190.—Terzi, 595.—Texier, 184, 487. — Thirault, 580. — Thibierge, 552. — Thiercelin, 187.—Thomson, 537.—Thore, 216, 543.—Thrard, 508.—Tillard, 253. — Tillier, 116. — Tillot, 535. — Topinard, 550. — Touchard, 136. — Tourasse, 550 —Tournié, 516. — Tournier, 543.—Touzé, 487. — Traube, 517. — Trélat, 346. — Tribes, 543. — Trinquier, 536 —Triquet, 512. —Trost, 159, 518.—Trousseau, 75, 89, 95, 103, 110, 156, 183, 186, 194, 195, 196, 214, 233, 241, 520, 539, 599, 600, 607. — Tudor, 381. — Tuquetti, 416. — Turner, 21.

V

Valentin, 36. — Valerius, 76. — Vallée, 41. — Vallin, 340. — Van Kempen, 28.— Vanzetti, 422. —Vauthrin, 71.—Vautier, 182.—Veiel, 284. —Velasco, 482. — Vella, 57. — Velpeau, 412, 458, 464, 515, 516, 537. — Vendengeon, 84. — Venot, 527, 332. — Verneuil, 62, 437, 465, 466, 468, 550. — Vernois, 590. — Vial, 228. — Viard, 484. — Vidal, 548, 550. — Vieira, 595. — Viennois, 544. — Vigla, 116. — Vignal, 327. — Vilches, 444. — Villard, 568. — Villeneuve, 74.—Vinatier, 181. — Violette, 471, 578. — Virchow, 155, 302. — Vital-Mory, 132. — Vogt, 130. — Voillemier, 342, 351. —Voillez, 475. — Voisin, 534, 485. — Voltolini, 445. — Vulpian, 33, 57, 124, 159.

W

Wade, 72. — Wagner, 32, 424. — Wahu, 573. — Wallach, 10. — Waller, 58. — Waimann, 152. — Walter, 474, 547. — Wannebroucq. 335, 337. — Wanner, 16, 106. — Warenghen, 456, 475. — Weismann, 34. — Wells, 69. — Werner, 158.— Wert, 608. — West, 446. — Weyl, 570. — White, 539. — Widen-Cooke, 530. — Wicks, 471. — Wieland, 135. — Williams, 26, 492 — Williamson, 380. — Wilmart, 526. — Wilson, 508, 570. — Winkelhofer, 484. — Wood, 393. — Worms, 118, 245, 283, 532.

U

Ulibarri, 462.

Z

Zandyck, 559. — Zane, 282. — Zanetidès, 322. — Zeuker, 302, Zimmermann, 99.

TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE. 1

Digestion. 1
Circulation. 9
Respiration 20
Chaleur animale. 25
Innervation. 26
Vision. 39
Os et muscles. 41
Reproduction.. 45
Générations spontanées.. 51
Action de différentes substances. 56
Anomalies et monstruosités. 59
Anesthésiques. 62

MÉDECINE. 67

Digestion. — Bouche. 67
Estomac. 69
Intestins. 75
Foie. 85
Pancréas et rate. 93

Respiration. — Angines et croup. 97
Paralysie diphthérique.. 110
Laryngite. 117
Laryngoscopie. 119
Bronchite. — Grippe. 123
Pneumonie. 124
Pleurésie. 131
Apoplexie pulmonaire. 132
Emphysème pulmonaire. 133
Phthisie. 135
Asphyxie. 144

Circulation. — Cœur. 144
Phlébite. — Embolie. 153

Innervation. — Méninges. 159
Cerveau et cervelet. 164
Moelle épinière. 169
Paralysies.. 171
Névralgies. 177
Epilepsie. 187

Pages.

Hystérie 189
Chorée. 189
Tétanos. 193
Contracture. 195

Fièvres. — Fièvre intermittente. 197
Vaccin. — Variole. 209
Scarlatine et rougeole. 215
Suette. 216
Fièvre typhoïde. 217
Typhus. 224
Scorbut. 227
Chlorose. 229
Goître exophthalmique. 233
Albuminurie. 235
Diabète. 245
Leucémie. 255
Rage. 258
Morve. 257
Goutte et rhumatisme. 259

Maladies de la peau. — Erysipèle. 267
Purpura. 268
Chromhydrose. 284
Ephélides. — Acné. 287
Dartres. 287
Parasites. 290
Pityriasis et psoriasis. 292
Eléphantiasis. 296
Pellagre. 297

Entozoaires. 301

ALIÉNATION MENTALE. 303

DIVERS. 323

CHIRURGIE. — Régénérations osseuses. 358

Ostéite. — Nécrose. 333
Exostose 339
Fractures. 343
Luxations. 365
Pieds bots. 373
Arthrites. — Coxalgie. 376
Résections. 379
Amputations. 394
Autoplastie. 408

Pages.

Plaies et leurs accidents. 412
Abcès. 421
Cancer. — Enchondromes. 424
Kystes. 433

Digestion. — Bouche. 434
Voile du palais. — Œsophage. 445
Hernies. 447
Anus contre nature. 461
Fistules à l'anus. 462
Hémorrhoïdes. 463

Respiration. — Polypes naso-pharyngiens 463
Larynx. 471
Poumons. 472

Circulation. — Péricarde. 474
Artères. 477
Anévrismes 481
Veines 483

Innervation. 485
Maladies des yeux. 488
Maladies des oreilles. 508
Organes génito-urinaires. — Hommes. 512
Organes génito-urinaires. — Femmes. 532
Syphilis. 544

ACCOUCHEMENTS. 550

THÉRAPEUTIQUE. 571

EAUX MINÉRALES. 584

HYGIÈNE 588

TOXICOLOGIE. 593

MÉDECINE LÉGALE. 608

XXIX
R 111